様式第５号（第１８条関係）

**加東市介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止・再開届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　加東市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　事業者　　　名　称

代表者名

　加東市通所介護相当サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱第１８条第１項の規定に基づき、次のとおり事業を廃止・休止・再開しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 名　称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| サービスの種類 | 訪問型サービス・通所型サービス | | | | | | | | |
| サービスの名称 |  | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休　止 ・ 廃　止 ・ 再　開 | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開する年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | |
| 休止・廃止する理由 |  | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けて  いた者に対する措置  （休止・廃止する場合のみ） |  | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、当該サービスに係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。