様式第５号（第１６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

　加東市緩和した基準による通所型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１６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。