【様式第3号】

**指定地域密着型サービス事業**

**指定地域密着型介護予防サービス事業**

**廃止・休止・再開届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（あて先）那珂川市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　事　業　者　　　名　　　　 称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 | 4 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | （予防）認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由  ※再開の場合は記入不要 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置  ※再開の場合は記入不要 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

次のとおり事業の　廃止　・　休止　・　再開　をしますので届け出ます。

　備考　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する

　　　書類を添付してください。

廃止・休止については、廃止・休止する日の1月前までに届け出てください。