（様式第３号）

廃　止　・　休　止　・　再　開　届　出　書

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　伊賀市長　様

住　　所

申請者（所在地）

事業者名

代表者氏名

　　次のとおり事業の　廃止　・　休止　・　再開　をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援又は介護予防支援の別 |  | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 名　称 | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休止　・　廃止　・　再開 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 |  | | | | | | | | | |
| 現に居宅介護支援又は介護予防支援を受けていた者に対する措置  （休止・廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | |
| 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、施行規則に定める当該事業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。