様式第４号（第５条関係）

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

長浜市長　　　　　あて

所在地

事業者　名　称　　　　　　　　印

代表者氏名

次のとおり事業の廃止・休止する（再開しました）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 |  |
| 休　止・廃　止・再　開　の　別 | 休止・廃止・再開 |
| 休止・廃止・再開の年月日 | 　　　　　　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る者に対する措置（休止・廃止の場合のみ） |  |
| 休止予定期間 | 休止年月日　　～　　　　年　　月　　日 |

備考１　事業の再開に係る届出にあっては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式１）を添付してください。

　　２　廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止する１月前までに届け出てください。