様式第３号（第３条関係）

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

長浜市長　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称及び代表者氏名

次のとおり事業の廃止・休止します（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 |  | |
| 事業所の種類 |  | | |
| 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 | 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。