第８号様式（第６条関係）

　　　座間市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止等届出書

年　　月　　日

　（宛先）座間市長

所在地

届出者　　名　称

代表者職・氏名

次のとおり事業について届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |
| 廃止・休止・再開する指定事業所 | 名称 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| サービスの種類 |  | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止　・　休止　・　再開 | |
| 廃止・休止・再開の年月日 | 年　　月　　日 | |
| 廃止・休止・再開する理由 |  | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置（廃止・休止の場合のみ） |  | |
| 休止予定 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | |

備考

　１　事業の廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止をする日の１月前までに届け出てください。

　２　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事業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付し、再開の日より前に届け出てください。