様式第４号

廃　止（休　止・再　開）　届　出　書

年　　月　　日

中野市長　　　　　あて

所　在　地

届出者　名　　　称　 　　　　　㊞

代表者氏名

次のとおり事業の廃止（休止・再開）を届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名　称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 | 訪問介護相当サービス・訪問型サービスＡ通所介護相当サービス・通所型サービスＡ |
| 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）の理由 |  |
| 現にサービスを受けていた者に対する措置（廃止・休止した場合のみ） |  |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

備考　１　事業又は施設の廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止の日の１月前までに届け出てください。

　　　　２　事業又は施設の再開に係る届出にあっては、再開の日から10日以内に届け出てください。