様式第６号（第５条関係）

指定居宅介護支援事業者廃止（休 止・再 開）届出書廃止・休止・再開届出書

令和　　年　　月　　日

　　吉 田 町 長 様

所　在　地

事業者　名　　　称

代表者氏名

　　次のとおり事業の廃止（休止・再開）について届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）をする事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止　・　休止　・　再開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現に居宅介護支援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 | 令和　　年　月　日から令和　　年　月　日まで | | | | | | | | | | |

　備考　事業の再開に係る届出にあっては、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。