

第4号様式

野田市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所指定廃止(休止、再開)届出書

年 月 日

(宛先)野田市長

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)をしたので届け出ます。

| | |
|---|------------------|
| | 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 | |
| 廃止(休止、再開)の別 | 廃 止 休 止 再 開 |
| 廃止(休止、再開)した年月日 | 年 月 日 |
| 廃止又は休止した理由 | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (廃止又は休止した場合のみ) | |
| 休止予定期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで |

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める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。