廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

鹿屋市長　　　　　　　様

事業者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　称

代表者氏名

　次のとおり事業を廃止（休止・再開）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| 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・再開する年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 廃止・休止する理由 |  |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置（廃止・休止する場合のみ） |  |
| 休止予定期間 | 休止日　～　　年 　月 　日 |

備考１　廃止又は休止する場合、廃止又は休止する日の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、省令に定める当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。