様式第４号（第４条第１項及び第２項）

指定居宅介護支援事業者廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　（あて先）八街市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | | | | | | | | | | |
| 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る者に対する措置 | |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | |

備考

　１　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。

　２　事業を再開した日から１０日以内に届出てください。

　３　廃止又は休止する日の１月前までに届出てください。