

令和 年 月 日

申請者	所在地 名称 代表者職・氏名
-----	----------------------

介護保険事業所番号

		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 す る 年 月 日	年 月 日		
廃止・休止する理由			
現に居宅介護支援又は 介護予防支援を受けて いた者に対する措置 (廃止・休止する場合のみ)			
休 止 予 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日		

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。