

年 月 日

あきる野市長 殿

所在地  
事業者 名称  
代表者名

㊞

指定介護予防支援事業所廃止・休止・再開届出書

次のとおり事業の廃止・休止・再開をしたので届け出ます。

		介護保険事業者番号	
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・再開した年月日	年 月 日		
廃止・休止した理由			
現に介護予防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	年 月 日～ 年 月 日		

備考 事業の再開に係る届出にあつては、介護保険法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。