

様式第3号（第3条関係）

廃止・休止・再開届出書

令和 年 月 日

（宛先）伊那市長

所在地
開設者 名称 ④
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	令和 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・休止した場合のみ）										
休止予定期間	休止日～令和 年 月 日									

備考1 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つては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）を添付してください。