様式第5号(第5条関係)

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　佐渡市長　　　　様

郵便番号

届出者　住所

氏名

(法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名)

電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定を受けた事業を | 廃止したい  休止したい  再開した | ので、次のとおり届け出ます。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出に係る事業所 | 名称 | | | |  | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止、休止する又は再開した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止の理由 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 休止日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　再開に係る届出の場合は、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表及び従業者の資格を証する書類を添付してください。