様式第3号(第3条関係)

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　佐渡市長様

所在地

事業者　　　名称

代表者の職名・氏名

　次のとおり事業の廃止・休止したい又は再開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 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | | 休止・廃止・再開 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止する又は再開した年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置  (休止・廃止した場合のみ) | |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 休止日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　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。