様式第４号（第５条関係）

佐渡市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者

（佐渡市訪問介護相当サービス・佐渡市通所介護相当サービス）

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

佐渡市長　様

所在地

申請者　法人名

職・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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象事業所 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | 佐渡市訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | |
| 佐渡市通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | | | | | | 廃止　　・　　休止　　・　　再開 | | | | | | | | |
| 廃止、休止する又は再開した年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 廃止、休止する理由 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者  に対する措置  （廃止・休止する場合のみ記入してください。） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 休止予定期間  （休止する場合のみ記入してください。） | | | | | | 休止日　　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |

（注意）　１　「事業の種類」及び「廃止・休止・再開の別」欄は、今回届け出るものに「○」を記入してください。

２　事業又は施設の廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止の日の１月前までに届け出てください。

３　事業の再開に係る届出にあっては、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表を添付し、再開した日から10日以内に届け出てください。