年　　月　　日

　日の出町長　様

所在地

名　称

代表者職・氏名

日の出町介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止・再開届出書

　日の出町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者としての総合事業の（廃止・休止・再開）について、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者指定番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | | 名称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| サ―ビスの種類 | |  | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | | 廃止　・　休止　・　再開 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開年月日 | | 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・休止する場合のみ） | |  | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　　　月　　　日　から　　　　　年　　　月　　　日　まで | | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 |  | | 連絡先（TEL） | | | |  | | | | | | |

備 考　　1　廃止・休止・再開のいずれかに○印を付してください。

2　総合事業の再開にあたっては、当該総合事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。