様式第５号（第9条関係）

早島町通所型サービスA事業（廃止・休止・再開）届出書

年　　　　　月　　　　　日

早島町長　様

所在地

事業者　名称

代表者職・氏名

次のとおり事業所を（廃止・休止・再開）しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | 介護保険事業者番号 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する  事業所・施設 | | | 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）年月日 | | | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | |  |
| 廃止（休止）する理由  （廃止・休止の場合のみ） | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 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・休止の場合のみ） | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 休　止　予　定　期　間  （休止の場合のみ） | | | | 年　　　　　 月　　　　　 日　～　　　　　　 年　　　　　 月　　　　　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 届出書担当者 | |  | | | | 連　絡　先 | |  | | | | | | | | | |

備考

１　　廃止・休止の場合は、廃止・休止する日の１月前までに届け出ること。

２　　再開の場合は、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すること。。