様式第5号(第4条関係)

指定地域密着型サービス事業所・

指定地域密着型介護予防サービス事業所　　廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　かすみがうら市長

所在地

事業者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

　　　年　　月　　日付け第　　　号により指定を受けた事業所について、次のとおり事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業の | 廃止(休止)をします  再開をしました | ので、介護保険法(平成9年法律第123号)第78条の5及び法第 |

115条の15の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開に係る事業所 | 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 |  | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止する場合のみ) |  | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日　～　　　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。