様式第３号（第４条関係）

**廃止・休止・再開届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

下野市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

　次のとおり事業を（　廃止　・　休止　・　再開　）しま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 | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止・休止・再開 | |
| 廃止・休止・再開の年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 廃止・休止した理由 |  | |
| 現に居宅介護支援を受けていた者に対する措置  （廃止・休止のみ）  ※別添で利用者リストを提出してください。 |  | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | |

備考　1　廃止又は休止の日の1月前までに提出してください。

　　　2　休止した事業を再開した時は、10日以内に提出してください。

また、再開時内容に変更がある場合は変更届も提出してください・

担当者氏名（　　　　　　）　連絡先（　　　　　　　　　　　　）