様式第５号（第13条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　　月　　日

湯河原町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

事業者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名・氏名

次のとおり事業の 廃止・休止・再開 を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 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けて  いた者に対する措置  （廃止又は休止をする場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日まで | | | | | | | | | | |