様式第４号（第３条関係）

天理市指定居宅介護支援事業所廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　天理市長　様

所在地

届出者　名称

代表者氏名　　　　　　　　印

　下記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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | | 名　称 | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | | 休　止　・　廃　止　・　再　開 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 | |  | | | | | | | | | |
| 現に居宅介護支援を受けて  いた者に対する措置（休  止・廃止した場合のみ） | |  | | | | | | | | | |
| 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。