様式第４号(第５条関係)

指定居宅介護支援事業者廃止（休止、再開）届

年　　月　　日

　(宛先)富士見市長

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |
| 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）年月日 |  | |
| 廃止（休止）をする理由 |  | |
| 現に居宅介護支援を受けている者に対する措置  (廃止（休止）をする場合のみ) |  | |
| 休止予定期間 |  | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、介護保険法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。