第６号様式

（用紙規格 ＪＩＳ　Ａ４）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 松戸市指定地域密着型サービス事業所・指定居宅介護支援事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所・指定介護予防支援事業所　廃止・休止・再開届出書 | 　 |
| 年　　　月　　　日　　　(宛先)松戸市長所在地　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名称　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　印　　　次のとおり事業の廃止(休止・再開)について届け出ます。 |
| 　 | 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 |
| サービスの種類 | 　 |
| 休止・廃止・再開の別 | 休止・廃止・再開 |
| 休止・廃止・再開の年月日 | 年　　月　　日 |
| 休止・廃止の理由 | 　 |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置(休止・廃止の場合のみ) | 　 |
| 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。 |