様式第４号（第８条関係）

指定事業所の廃止・休止・再開届出書

令和　　年　　月　　日

　胎内市長　井畑　明彦　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

申請者　法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　㊞

次のとおり指定事業所の（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 | |
| 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 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 休止・廃止した理由 |  | |
| 現にサービス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 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 | |

備考　事業所の再開に係る届出にあっては、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。

※　事業所が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、申請者欄の「名称」を「氏名」、「主たる事務所の所在地」を「住所」、「代表者」を「開設者」に読み替え、「法人の種別（及び法人所轄庁）」欄の記載を要しない。