様式第５号（第１４条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業運営状況変更届出書廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　　たつの市長　様

所在地

事業者　名　称　　　　　　　　　印

代表者氏名

　　次のとおり事業の（休止・廃止・再開）をしましたので、たつの市介護予防・日常生活支援総合事業における事業の人員、設備及び運営に関する基準並びに事業所の指定に関する基準を定める要綱第１４条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （休止・廃止・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・再開する年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 休止・廃止した理由 |  |
| 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、当該サービス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。