　　　様式第４号（第７条第２項関係）

廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　福井市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称

代表者氏名

　　　　　　　　　　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をするので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 第一号事業の種類 |  | | | | | | | | | | |
| 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・廃止する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けて  　　いる者に対する措置  　　（休止・廃止する場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 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。