

## 新座市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 廃止（休止・再開）届出書

年 月 日

（届出先）新座市長

所在地  
届出者 名称  
代表者職氏名

印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）を届け出ます。

	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	1	介護予防訪問介護相当サービス								
	2	訪問型サービスA								
	3	介護予防通所介護相当サービス								
	4	通所型サービスA								
廃止（休止・再開）の別		廃止 ・ 休止 ・ 再開								
廃止（休止・再開）年月日		平成 年 月 日								
廃止（休止・再開）する理由										
既にサービス又は支援を受けている者 に対する措置										
休止予定期間 (休止する場合のみ記入してください。)		平成 年 月 日								

備考

- 1 事業の廃止又は休止の1月前までに届け出てください。
- 2 休止予定期間は最長1年間です（なお、指定有効期間満了日が先に到来する場合は、指定有効期間満了日までです。）。
- 3 休止期間中は、事業所の指定更新を受けることはできません。
- 4 事業の再開については、再開の日から10日以内に届け出てください。

連 絡 先	担 当 者	
	電 話 番 号	