様式第３号（第５条関係）

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　つがる市長

届　出　者

所　在　地

　名　　　称

代表者氏名

　　次のとおり事業の廃止・休止・再開をしたいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止･休止･再開の別 | 廃止　・　休止　・　再開 | | | | | | | | | | |
| 廃止･再開予定年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間  （休止の場合のみ） | 年　月　日　～　　　　年　月　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止･休止の理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービスの利用し、又は支援を受けていた者に対する措置（廃止･休止の場合のみ） |  | | | | | | | | | | |