様式第５号（第５条関係）

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　南伊勢町長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　次のとおり事業を（廃止・休止・再開）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止　・　休止　・　再開 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けていた者に対する措置  （廃止・休止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | | |
| 休止の場合の休止予定期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |