様式第４号（第３条関係）

年　　月　　日

　　水戸市長　様

所在地

申請者　　名称　　　　　　　　　　印

代表者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業所廃止（休止・再開）届出書 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり事業を | 廃止する  休止する  再開した | ので水戸市介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業所の |
| 指定等に関する規則第３条第２項の規定により届け出ます。 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 |  |
| 廃止する  休止する  再開した | 事業所 | 名称 | |
| 所在地 | |
| サービスの種類 | |  | |
| 廃止，休止又は再開の別 | | 廃止・休止・再開 | |
| 廃止する  休止する  再開した | 年月日 | 年　　月　　日 | |
| 廃止し，又は休止する理由 | |  | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置  （廃止又は休止の場合のみ） | |  | |
| 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。