様式第6号（第7条関係）

勝山市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者

（介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス）

廃止・休止・再開　届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

勝山市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名

　介護保険法に規定する第１号事業者（勝山市介護予防訪問介護相当サービス・勝山市介護予防通所介護相当サービス）の廃止、休止、再開について、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の  所在地 | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | |
| 事業の種類 | | | | 廃　止 | | | | | | | 休　止 | | | | | 再　開 | | | 廃止・休止・再開年月日 |
| 介護予防訪問介護相当サービス | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
| 廃止・休止・再開する理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置  （廃止・休止する場合のみ記入してください。） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間（休止する場合のみ記入してください。） | | 年　　　　月　　　　日　　　　から　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１　事業の種類ごとに廃止・休止・再開に該当するものに「○」を記入してください。

２　事業の廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止の日の1月前までに届け出てください。

３　事業の再開に係る届出にあっては、再開の日より前に届け出てください。