

様式第4 (第4条関係)

鹿児島市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者
 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

鹿児島市長 殿

所在地

事業者 名称

印

代表者職・氏名

次のとおり事業を(廃止する・休止する・再開した)ので届け出ます。

	介護保険事業所番号									
事業所	名称									
	所在地									
サービスの種類 (該当のサービスに○を付すこと)	予防型訪問介護サービス 生活支援型訪問介護サービス 予防型通所介護サービス ミニデイ型通所介護サービス 運動型通所介護サービス									
廃止・休止・再開の別	廃止・休止・再開									
廃止・休止・再開年月日	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・休止する場合のみ)										
指定の有効期間満了日	年 月 日									
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つては、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。