様式第３号（第３条関係）

廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　伊豆市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休　止 ・ 廃　止 ・ 再　開 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 令和　　 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現に支援を受けていた者に対する措置  　　（休止・廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

　　　　　　　備考　事業の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める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。