

様式第4号（第6条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

琴平町長 様

申請者 住 所  
名 称  
代表者職氏名

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。

介護保険事業所番号	
（廃止・休止・再開）する 事業所	名 称
	所在地
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・再開した年月日	年 月 日
廃止・休止した理由	
現にサービス又は支援を受けていた 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。