

別記第3号様式（第3条関係）

指定地域密着型サービス事業所及び  
指定地域密着型介護予防サービス事業所 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

富良野市長 様

住 所  
事業者  
氏 名

印

（法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに  
名称及び代表者の氏名）

次のとおり事業の（ 廃止 ・ 休止 ・ 再開 ）をするので届け出ます。

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・再開する年月日	年 月 日								
廃止・休止する理由 （廃止・休止する場合のみ）									
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・休止する場合のみ）									
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

- 備考 1 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、廃止又は休止の日の1月前までに届け出て下さい。事業の再開に係る届出にあつては、再開後10日以内に届け出て下さい。
- 2 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下さい。