

記載例
(再開届の場合)

提出担当者	連絡先	北町福祉用具販売事業所
		TEL 025-000-0003
		FAX 025-000-0004
	氏名	下越 美子

廃止・休止・再開届出書

平成 29 年 1 月 10 日

(あて先) 新潟市長

郵便番号 950-0000
住所 新潟市中央区新光町〇〇番地〇〇
氏名 株式会社新光町サービス
届出者 (法人にあつては、
名称及び代表者の職・氏名) 代表取締役
新潟 二郎
電話番号 025-000-0001

該当区分に〇をつける。

指定を受けた事業を 廃止したい
〇再開した 休止したい ので、下記のとおり、届け出ます。

記

【添付書類】
①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
②従業者の資格を証する書類
※運営規程の変更、従業者の新規雇用など休止前と変更が生じる場合は、変更届も併せて提出すること。

介護保険事業所番号	1	5	7	0	1	2	3	4	5	6
届出に係る事業所	名称	北町福祉用具販売事業所								
	所在地	新潟市中央区北町〇丁目〇番〇								
サービスの種類	特定(介護予防)福祉用具販売									
廃止、休止する又は再開した年月日	平成 29 年 1 月 5 日									
廃止又は休止の理由	(記入不要)									
現にサービスを受けている者に対する措置	(記入不要)									
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日									

再開後10日以内の届出が必要です。

添付資料 再開に係る届出の場合は、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表及び従業者の資格を証する書類