様式第10号（第19条関係）

介護予防・生活支援サービス事業指定廃止・休止・再開届書

　　年　　月　　日

　伊達市長

所在地

届出者　名　称

代表者　　　　　　　　　　印

指定を受けた介護予防・生活支援サービス事業について、廃止・休止・再開するので、次のとおり届け出ます

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  | |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　） |
| 電話番号 |  |
| 事業の種類 |  | |
| 届出事由 | 廃止・休止・再開 | |
| 届出事由の年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 届出事由の理由 |  | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置  （廃止・休止の場合） |  | |
| 休止予定期間 | 年　　　月　　　日まで（　　　日間） | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、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のこと。