**様式第４号（第３条関係）**

**廃止・休止・再開届出書**

**年　　月　　日**

**鹿沼市長　宛**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業者** | **所在地** |  |
| **名称** |  |
| **代表者氏名** | **印** |

**次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしますので、届け出ます。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **介護保険事業所番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **廃止（休止・再開）しようとする事業所** | **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）しようとする年月日** | **年　　月　　日** | | | | | | | | | | |
| **廃止（休止・再開）しようとする理由** |  | | | | | | | | | | |
| **現にサービス又は支援を受けている者に対する措置（廃止・休止のみ）** |  | | | | | | | | | | |
| **休止の予定期間（休止のみ）** | **年　　月　　日～　　　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | |

**（注） 事業を廃止（休止・再開）しようとする日の１か月前までに届け出てください。**