第5号様式(第15条関係)

上尾市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　(宛先)

　　　　　上尾市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　事業を廃止し、休止し、又は再開しようとするので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 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 |
| 廃止（休止・再開）するサービスの種類 |  |
| 廃止、休止、又は再開の別 | 廃止・休止・再開 |
| 廃止、休止、又は再開する年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止、休止、又は再開する理由 |  |
| 現にサービスを受けている者に対する措置 | 　 |
| 休止しようとする場合にあっては、休止の予定期間 | 年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで |

備考

　1　事業の廃止又は休止に係る届出にあっては、別添の「利用者名簿(利用者ごとに移行予定先事業所を記載したもの)」を添付してください。

　2　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体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

別添

利用者名簿

年　　月　　日

廃止し、又は休止しようとする事業所

介護保険事業所番号

事業所の名称

事業所の所在地

サービスの種類

利用者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 被保険者番号 | 住所 | 生年月日 | 移行予定先(名称・事業所番号・所在地) | 移行確定先(名称・事業所番号・所在地) | 移行年月日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

(　　枚中1枚目)