第６号様式

 廃 止（休 止・再 開） 届 出 書

 　 　　年　　月　　日

　（宛先）川崎市長

所在地（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　 　　　届出者

氏 名（法人にあっては、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・再開の別 | 廃止　・　休止　・　再開 |
| 廃止（休止・再開）するサービスの種類 |  |
| 廃止（休止・再開）年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 廃止（休止・再開）の理由 |  |
| 現にサービスを受けている者に対する措置（廃止又は休止をする場合のみ記入してください。） |  |
| 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っては、廃止又は休止をする日の１月前までに届け出てください。

　　　２　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業又は施設に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類、従業者の資格証の写しその他再開を確認するために必要な書類を添付してください。

申請にかかるチェック表及び誓約書

当法人が、介護保険法に基づいて指定を受けて事業を実施するにあたり下記の事項を誓約します。

川崎市長　様

 　　　　　年　　月　　日

（申請者）　住　 　　所

法　 人 名

代 表 者 職 氏 名

事 業 所 名

　　　　　　　　　　　　サービス種別

１．従業者の資格証

□　資格を必要とする職種についてすべての従業者の資格証を確認している。

□　届出における該当者の資格有効期限について確認している。（失効していない）