様式第4号

介護予防・日常生活支援総合事業　再開届出書

年　　　月　　　日

長与町長　宛

所在地

名　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業の再開をするので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 提供するサービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |

備考

　１　事業の再開に係る届出にあっては、様式第１号、事業の種類に対応する付表並びに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してください。

　２　事業の再開した日から１０日以内に届けてください。