様式第６号（第７条関係）

**福津市介護予防・日常生活支援総合事業**

**再開届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

福津市長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事 業 者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開する事業所 | 名　称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | |
| 再開の年月日 | 年　 　　月　　 　日 | | | | | | | | |
| 再開する理由 |  | | | | | | | | |
| 休止期間 | 年　　　月　　　日 ～ 　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

　備考　）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。