様式第５号

通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）

提供事業所休止（廃止・再開）届出書指定辞退届出書

　　年　　月　　日

吹田市長　宛

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　（　　　）　　　　-

　　次の通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所について、休止（廃止・再開）したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 休止（廃止・再開）年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 休止（廃止・再開）の理由 |  |