様式第６号（第７条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業の事業者再開届出書

　　年　　月　　日

加古川市長　殿

所在地

届出者　法人名

代表者の職名・氏名

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類　　　（該当するものに○） | |  | 介護予防型訪問サービス・ターミナル支援型訪問サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | 生活援助型訪問サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | 介護予防型通所サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | トレーニング型通所サービス | | | | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出書担当者 |  | | | | 連絡先 | | | | |  | | | | | | |

備考　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。