様式第９号（第８条関係）

宇多津町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

年　　月　　日

（宛先）宇多津町長

届出者　所在地

　　名　称

代表者の氏名

次のとおり事業を再開したので、宇多津町介護予防・日常生活支援総合

事業指定事業者の指定等に関する要綱第８条第３項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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 |  | | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 再開した理由 |  | | | | | | | | | | | |

備考

１　再開する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。

２　再開から１０日以内に提出してください。