様式第４-２号

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

事業再開届出書

　　年　　月　　日

　豊　田　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防訪問サービス | を再開したので、豊田市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定の |
| 生活支援訪問サービス |
| 介護予防通所サービス |
| 生活支援通所サービス |

申請等に関する要綱第６条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開する事業所（施設） | 名　称 |
| 所在地 |
| 事業（施設）の種類 |  |
| 再開した年月日 |  |

備考

　１　従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。

　２　再開した日から１０日以内に届け出てください。