様式第４号（第４条関係）

指定居宅介護支援事業所再開届出書

　　年　　月　　日

　（宛先）もとす広域連合長

所在地

申請者　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

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 | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | |

備考

１　介護保険法施行規則に定める指定居宅介護支援の事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

２　再開した日から１０日以内に届け出てください。