様式第９号（第５条関係）

年　　　月　　　日

　三豊市長　　様

　　　　　　　　　　　　申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人にあっては、住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人にあっては、氏名）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

　三豊市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱第５条第３項の規定により、次のとおり事業（施設）を再開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・施設 | 名称 | | | | | | | | | | | | |
| （〒　　　―　　　　）  所在地 | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 届 出 書 担 当 者 |  | 連　絡　先 | | | | | | |  | | | | |

　添付書類

　　当該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