

受付番号	
------	--

## 指定居宅介護支援事業 再開届出書

年 月 日

大井町長様

所在地  
届出者 名称  
代表者 印

指定居宅介護支援事業を再開したので、介護保険法第82条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

	介護保険事業者番号													
再開する事業所	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を添付してください。