様式第７（第９条第４項及び第５項関係）

令和年月日

（宛先）東大阪市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　グループ等の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

令和　　年度

東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業

（廃止・休止・再開）届出書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第９条第４項及び第５項に基づき、令和　　　年　　月　　日に提出した東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書における事業を下記のとおり（廃止・休止・再開）することを届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 提供する  サービス | □訪問型助け合いサービス　　　　□通所型つどいサービス |
| グループ名称 |  |
| 廃止 | 廃止年月日　　　　　令和　　　年　　　　月　　　　日  廃止理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 休止 | 休止年月日　　　　　令和　　　年　　　　月　　　　日  休止理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  休止予定期間　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日  ※休止した事業を再開したときは、再開後１０日以内に届出てください。 |
| 再開 | 再開年月日　　　　　令和　　　年　　　　月　　　　日 |

※廃止又は休止の場合、現にサービスを受けている利用者への対応が必要になりますので速やかに利用者のケアプランを作成している地域包括支援センターへ連絡をとってください。