

例

介護予防・日常生活支援総合事業の事業者廃止・休止届出書

廃止・休止予定日の
1月前までに届け出
てください。

令和元 年 7 月 27 日

加古川市長 様

所在地 加古川市〇〇町〇〇111-1

- ・申請者=法人情報
- ・代表者の職名も記入
- ・代表者印（実印）を使用

申請者 法人名 株式会社 〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇



次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

	介護保険事業所番号	2 8 0 0 0 0 0 0 0 0 0
廃止（休止）する 事業所	名称	加古川〇〇デイサービス
	所在地	加古川市〇〇町〇〇333-3
サービスの種類	介護予防型通所サービス	
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止	
廃止・休止予定年月日	令和元 年 8 月 31 日	
廃止・休止する理由	人員基準を満たさないため。	
現にサービスを受けている 者に対する措置	担当ケアマネージャーを通して他事業所に引き継ぐ。 (引き継ぎ予定の事業所は別紙一覧表に記載)	
休止予定期間	令和元年 9 月 1 日 ~ 令和2年 8 月 31 日	
届出書担当者	休止予定期間は、休止予定年月日 の翌日から記入してください。	先 000-0000-0000

最終営業日を記入
してください。

備考 廃止・休止する日の1月前までに届け出ること。

廃止(休止)日の前1か月以内の利用者に対する措置(予定)を記入してください。その際、措置内容に関する一覧表等(様式任意)の添付が必要です。