様式第５号（第７条関係）

例

事業所を休止する１月前までに届け出てください。

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

令和5　年　6　月　25　日

加古川市長　様

届出者　所在地　加古川市〇〇町〇〇111-1

法人名　株式会社　〇〇

代表者の職名・氏名　代表取締役　〇〇〇〇

・届出者＝法人情報
・代表者の職名も記入
・代表者印は不要です

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

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（該当するものに〇）		介護予防型訪問サービス・ターミナル支援型訪問サービス
		生活援助型訪問サービス
	〇	介護予防型通所サービス
		トレーニング型通所サービス
廃止・休止の別	~~廃止~~　・　休止	
廃止・休止予定年月日	令和5　年　7　月　31　日	
廃止・休止する理由	（例）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	担当ケアマネジャーを通して他事業所に引き継ぐ。	
休止予定期間	休止日の翌日　～　令和6　年　7　月　31　日	

届出書担当者	〇〇	連絡先	000-0000-0000

最終営業日を記入してください。

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。
添付書類は不要です。

休止予定期間を記入してください。

届出書類の内容について、確認させていただくことがありますので、ご担当者の氏名と連絡先を記入してください。