

記載例

廃止・休止届出書

2024年4月1日

加古川市長殿

所在地 兵庫県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
- ・代表者印は不要です

申請者 名称 株式会社 〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 〇〇〇〇

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業所番号	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	法人番号												
廃止(休止)する事業所	名称	ヘルパーステーション〇〇〇											
	所在地	兵庫県加古川市〇〇町〇〇333-3											
サービスの種類	介護予防型訪問サービス												
廃止・休止の別	<input checked="" type="radio"/> 廃止 ・ <input type="radio"/> 休止												
廃止・休止する年月日	最終営業日を記入してください	2024	年	3	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	廃止日の前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	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	記入不要	休止日	～	年	月	日							

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

提出先	担当者名	〇〇 〇〇
(問合先)	電話番号	012-345-679
	メールアドレス	〇〇〇@〇〇〇.co.jp

届け出書類の内容について、確認する場合がありますので、ご担当者様の氏名と連絡先をご記入ください