

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             | 廃止 ・ 休止                                                                   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 廃止・休止する年月日          | 最終営業日の翌日を記載してください<br>2024 年 4 月 1 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<br>添付書類は不要です<br>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              | 休止予定期間を入力してください<br>休止日 ~ 2025 年 3 月 31 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