

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	加古川〇〇小規模多機能型居宅介護事業所											
		所在地	兵庫県加古川市〇〇町〇〇333-3											
サービスの種類		小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護												
廃止・休止の別		廃止 ・ 休止												
廃止・休止する年月日		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。												
現にサービス又は支援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 ~ 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。

提出者	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