

記載例(色付き部分を必ず記載してください)

廃止・休止届出書

令和6年4月1日

小樽市長殿

所在地 **《法人所在地》**

申請者 名称 **《法人名》**

代表者職名・氏名 **《役職》《代表者氏名》**

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

法人番号

名称

所在地

廃止(休止)する事業所

サービスの種類

廃止・休止の別

廃止

休止

廃止・休止する年月日

年

月

日

廃止・休止する理由

《理由を記載してください》

現にサービス又は支援を受けている者に対する措置

《措置の内容を記載してください》
※利用者の氏名・被保険者番号・介護度・措置内容を記載した一覧表も併せてご提出ください
(様式任意)

休止予定期間

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。

提出日を記載してください

「代表取締役」「代表社員」などの役職も記載してください

指定時の名称を記載してください

ドロップダウンリストから選択してください
 【リスト一覧】

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・夜間対応型訪問介護
- ・地域密着型通所介護
- ・認知症対応型通所介護
- ・(介護予防)認知症対応型通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・(介護予防)小規模多機能型居宅介護
- ・認知症対応型共同生活介護
- ・(介護予防)認知症対応型共同生活介護
- ・地域密着型特定施設入居者生活介護
- ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ・看護小規模多機能型居宅介護
- ・居宅介護支援
- ・介護予防支援

休止の場合のみ記載してください