

廃止・休止届出書

令和 6 年 4 月 1 日

立川 市(区・町・村)長殿

所在地 立川市錦町〇-〇-〇

申請者 名称 株式会社〇〇総合事業

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

総合事業の事業所番号です。介護サービス事業所番号と異なる場合があります。

		介護保険事業所番号	1	3	7	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
		法人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
廃止(休止)する事業所		名称																		
		所在地	立川市栄町〇-〇-〇																	
サービスの種類	※「サービスの種類」 訪問型サービス(身体介助) 訪問型サービス(家事支援) 通所型サービス(1日デイ) 通所型サービス(半日デイ)		通所型サービス(1日デイ)																	
廃止・休止の別			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">廃止</div> ・ 休止																	
廃止・休止する年月日	最終営業日を記載してください。		令和 6 年 5 月 31 日																	
廃止・休止する理由			他の法人に事業譲渡し、介護保険事業を廃止するため。																	
現にサービスを受けている者に対する措置	利用者の引き継ぎ先を記載してください。別紙(任意の様式)で作成し、添付することも可能です。		すべての利用者の同意が得られたため、譲渡先の法人が引き継ぐ事業所に移行する。																	
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。