

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	〇
法人番号		〇	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		廃止 ・ 休止																	
廃止・休止する年月日		令和 6 年 5 月 31 日																	
		最終営業日を記載してください。																	
廃止・休止する理由		人員の配置基準を満たすことができないため。																	
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。																	
		利用者やその家族に説明を行い、令和〇年〇〇月〇〇日までに担当ケアマネジャーを通じて他の事業所へ引き継ぎ済み。別紙のとおり。																	
休止予定期間		休止日 ~ 令和〇年 〇〇月 〇〇日																	

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。