

廃止・休止届出書

年 月 日

(あて先)

埼 玉 県 知 事

住 所
事業者 (所在地)
氏 名
(名称及び代表者職氏名)

印

次のとおり事業の廃止・休止をするので届け出ます。

介護保険事業所番号		1	1								
廃止・休止しようとする事業所	名称										
	所在地										
休止・廃止しようとするサービス種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・介護予防 										
休止・廃止の別	休 止 ・ 廃 止										
休止・廃止しようとする年月日	年 月 日										
休止・廃止しようとする理由											
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 (備考参照)											
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日										

- 備考 1 別添「利用者・入所者名簿」(各利用者・入所者ごとに移行予定先事業所・施設等を記載したもの)を添付すること。
 2 1の「利用者・入所者名簿」を提出後、各利用者・入所者の移行先の事業所・施設が確定次第、速やかに各利用者・入所者ごとに移行確定先事業所・施設等を記載した「利用者・入所者名簿」を追加添付書類として提出すること。