

記載例
(再開届の場合)

提出担当者	連絡先	社会福祉法人〇〇会 TEL 000-000-0000 FAX 000-000-0000
	氏名	〇〇 〇〇

介護老人保健施設又は介護医療院の廃止・休止・再開届出書

令和 元 年 6 月 5 日

新潟市長様

再開後10日以内の届出が必要です。

郵便番号 950-0000
住所 新潟市〇〇区〇〇〇丁目0-0
届出者 名称 社会福祉法人 〇〇会
代表者の職・氏名 理事長 〇〇 〇〇
電話番号 000-000-0000

該当区分に〇をつける

介護老人保健施設 介護医療院 廃止したい
を 休止したい 再開した
ので、下記のとおり、届け出ます。

記

【添付書類】
①従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
②従業者の資格を証する書類
※運営規定の変更、従業者の新規雇用など休止前と変更が生じる場合は、変更届も併せて提出すること。

介護保険事業所番号	1 5 0 0 0 0 0 0 0 0
届出に係る施設	名称 〇〇介護医療院
	開設の場所 新潟市〇〇区〇〇〇丁目0-0
開設許可年月日	平成 30 年 4 月 1 日
廃止、休止する又は再開した年月日	令和 元 年 6 月 1 日
廃止又は休止の理由	(記入不要)
廃止又は休止する場合は、現に入所している者に対する措置	(記入不要)
その他参考となる事項	
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日

添付書類 再開に係る届出の場合は、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表及び従業者の資格を証する書類