

廃止・休止届出書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

新潟市長殿

所在地 新潟県新潟市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号〇〇ビルA棟101号室

申請者 名称 株式会社〇〇福祉サービス

代表者職名・氏名 代表取締役 新潟 太郎

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		1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
法人番号		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
廃止(休止)する事業所(施設)	名称	訪問介護事業所〇〇新潟中央											
	所在地	新潟県新潟市〇〇区〇〇山〇丁目〇番〇号〇〇ビルC棟103号室											
サービスの種類	訪問介護												
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止												
廃止・休止する年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日												
廃止・休止する理由	最終営業日を記入します。 (例)4月1日から休止・廃止する場合(3月31日まで事業を行っていた場合)は、3月31日と記入します。 (例) ・収支が悪化したため。 ・人員が不足し、基準を満たせないため。 ・事業者の事業譲渡のため。 ・利用者がいないため。 ・◇◇から□□へとサービスの種類を転換するため。												
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置	全利用者が引き続きサービスを受けられるよう、どのような対応をするのか記入します。 具体的には、「△△事業所に5名、▽▽事業所に4名・・・引き継ぎを行った。」等、引き継ぎ状況を記載してください。												
休止予定期間	休止日 ~ 令和〇 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。

休止の場合、記載してください。
休止期間の目安は最長でも1年です。
また、指定有効期間の範囲内で設定します。

再開届出書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

新潟市長殿

所在地 新潟県新潟市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号〇〇ビルA棟101号室

申請者 名称 株式会社〇〇福祉サービス

代表者職名・氏名 代表取締役 新潟 太郎

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	法人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
再開した事業所(施設)	名称	訪問介護事業所〇〇新潟中央											
	所在地	新潟県新潟市〇〇区〇〇山〇丁目〇番〇号〇〇ビルC棟103号室											
サービスの種類	訪問介護												
再開した年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日												

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表及びその従業者の資格を証する書類を提出してください。
また、運営規程や管理者・介護支援専門員等、休止前と変更届出事項に変更が生じる場合は別途、変更届の提出が必要です。