様式第3号の2(第3条関係)

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　(あて先)三芳町長

所在地

事業者　　名称

代表者氏名

　次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 廃止・休止する事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 | 　 |
| 廃止・休止の別 | 廃止・休止 |
| 廃止する年月日 | 年　　月　　日 |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 |
| 廃止・休止する理由 | 　 |
| 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　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。

別添

利用者・入所者名簿

年　　月　　日

廃止・休止をしようとする事業所

介護保険事業所番号

事業所名称

事業所所在地

サービス種類

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 被保険者番号 | 住所 | 生年月日 | 移行予定先(名称・事業所番号・所在地) | 移行確定先(名称・事業所番号・所在地) | 移行年月日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

(　　　　枚中1枚目)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 被保険者番号 | 住所 | 生年月日 | 移行予定先(名称・事業所番号・所在地) | 移行確定先(名称・事業所番号・所在地) | 移行年月日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

(　　　枚中　　枚目)