

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

（宛先）昭島市長

所在地
申請者 名称
代表者の職・氏名



次のとおり事業の（廃止・休止・再開）するので届け出ます。

介護保険事業者番号		1	3								
廃止・休止・再開 する事業所	事業所の名称	フリガナ									
	サービス種別	居宅介護支援									
	事業所の所在地	(郵便番号 —)									
廃止・休止・再開の別					廃止・休止・再開						
廃止・休止・再開する年月日					年 月 日						
廃止・休止する理由 (廃止・休止の場合のみ記載)											
現にサービス又は支援を受けている者に対する 措置 (廃止・休止の場合のみ記載)											
休止予定期間					年 月 日～年 月 日						
担当者 職・氏名					TEL		FAX				

- 備考
- 1 該当項目に○を付してください。
 - 2 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。
 - 3 再開する場合は再開後10日以内に再開届を提出してください。また再開月の『従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表』も併せて提出してください。
休止前の状況に変更が生じているときは、変更届出も併せて行ってください。

廃止・休止・再開届出書

平成30年 6月 30日

（宛先）昭島市長

所在地 東京都昭島市田中町〇―〇―〇
申請者 名称 株式会社〇〇
代表者の職・氏名 代表取締役 昭島 太郎



次のとおり事業の（廃止・休止・再開）するので届け出ます。

介護保険事業者番号		1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
廃止・休止・再開 する事業所	事業所の名称	フリガナ ケアプランセンター 〇〇 ケアプランセンター 〇〇										
	サービス種別	居宅介護支援										
	事業所の所在地	(郵便番号 196-0014) 東京都昭島市田中町1-17-1										
廃止・休止・再開の別						廃止・ <u>休止</u> ・再開						
廃止・休止・再開する年月日						平成30年 8月 1日						
廃止・休止する理由 (廃止・休止の場合のみ記載)						人員不足のため 事業拠点の統合のため 等						
現にサービス又は支援を受けている者に対する 措置 (廃止・休)						事業を休止・廃止するに当たり、利用者の方を他事業所へ移行（紹介）することが義務付けられています。 利用者名と紹介先事業所名が記載されている「移行先リスト（任意様式）」を作成し、本届出と併せて提出してください。 既に利用者がいない場合は、本欄に「利用者なし」と記載してください。						
休止予定期間						平成30年 8月1日～平成31年 7月31日						
担当者 職・氏名		××・〇〇 〇〇				連絡先 TEL 042-544-5111 FAX 042-546-8855						

- 備考 1 該当項目に○を付してください。
2 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。
3 再開する場合は再開後10日以内に再開届を提出してください。また再開月の『従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表』も併せて提出してください。
休止前の状況に変更が生じているときは、変更届出も併せて行ってください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(平成 年 月) サービス種類(居宅介護支援)

事業所名 ()

[illegible]

備考 1 * 欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。
（事務職員については、勤務している場合は記入してください。なお、指定後、事務職員の変更については、変更届の提出は不要です）

3 勤務形態の欄には、下記区分のとおりに記載してください。

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：非常勤で専従 D：非常勤で兼務

4 兼務がある場合は、兼務先及び兼務する職務の内容について、備考欄に記入してください。