

廃止記入例

茨木市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 **廃止**・休止・再開）届出書

提出日を記入（郵送日）

令和 年 月 日

（届出先）茨木市長

廃止の届出期限は、**廃止予定日の1か月前**

所在地 **法人の所在地を記載**

名称 **法人名**
代表者名 **役職名 氏名**

次のとおり事業を **廃止する**・休止する・再開した）ので、茨木市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業を行う指定事業者の指定等に関する要綱第6の規定により届け出ます。

介護保険事業所番号		事業所番号					
事業所	名称	廃止する事業所の名称					
	所在地	廃止する事業所の住所					
サービスの種別	訪問介護相当サービス・訪問型サービスA又は通所介護相当サービス						
廃止・休止・再開の別	廃止						
廃止・休止・再開の年月日	令和元年6月30日						
廃止・休止の理由	廃止になった理由 (茨木市民の利用者がいなくなった為など)						
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止の場合のみ)	利用者がある場合は、利用者全員分の引継ぎ先を記入してください。 (書ききれない場合は、別紙(任意)でも可)						
休止予定期間	記入不要						

休止記入例

茨木市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者（~~廃止~~・**休止**・再開）届出書

提出日を記入（来庁日）

令和 年 月 日

（届出先）茨木市長

休止の届出期限は、**休止予定日の1か月前**

所在地 **法人の所在地を記載**

名称 **法人名**
代表者名 **役職名 氏名**

次のとおり事業を（~~廃止する~~・**休止する**・再開した）ので、茨木市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業を行う指定事業者の指定等に関する要綱第6の規定により届け出ます。

介護保険事業所番号		事業所番号				
事業所	名称	休止する事業所の名称				
	所在地	休止する事業所の住所				
サービスの種別	訪問介護相当サービス・訪問型サービスA又は通所介護相当サービス					
廃止・休止・再開の別	休止					
廃止・休止・再開の年月日	令和元年6月30日 (休止開始日の前日の日)					
廃止・休止の理由	休止になった理由					
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止の場合のみ)	利用者がある場合は、利用者全員分の引継ぎ先を記入してください。 (書ききれない場合は、別紙(任意)でも可)					
休止予定期間	令和元年7月1日 ~ 令和2年1月31日 <休止を開始する日から、最長6ヶ月間です>					

- ◆**休止中にも、連絡の取れる電話番号をお知らせください。**
- ◆**休止期間が終わる前に、再開又は廃止となるか、連絡をお願いします。**

再開記入例

茨木市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 (廃止・休止・**再開**) 届出書

提出日を記入 (来庁日)

令和 年 月 日

(届出先) 茨木市長

再開前(提出前)に、連絡下さい。

所在地 **法人の所在地を記載**

名称 **法人名**
代表者名 **役職名 氏名**

次のとおり事業を (~~廃止する・休止する~~、**再開した**) ので、茨木市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業を行う指定事業者の指定等に関する要綱第6の規定により届け出ます。

介護保険事業所番号		事業所番号
事業所	名称	再開する事業所の名称
	所在地	再開する事業所の住所
サービスの種別	訪問介護相当サービス・訪問型サービスA又は通所介護相当サービス	
廃止・休止・再開の別	再開	
廃止・休止・再開の年月日	令和元年7月1日	
廃止・休止の理由	記入不要	
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止の場合のみ)	記入不要	
休止予定期間	記入不要	