

記載例

事業休止日又は廃止日の、1 カ月以上前に介護保険課へ提出してください。

第8号様式（第7条関係）

●●年●●月●●日

（あて先） 浜松市長

住 所 静岡県浜松市中区元城町●●●-●●●  
 [所在地]  
 届出者氏名 カシガイヤ●●●●●  
 [名称及び] 株式会社●●●●●  
 [代表者氏名] 代表取締役 ●●●●●  
 [代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。]

印

事業廃止・休止届出書

指定居宅サービス・指定地域密着型サービス・指定居宅介護支援・介護老人保健施設・介護医療院・指定介護予防サービス・指定地域密着型介護予防サービス・指定介護予防支援の廃止・休止をしようとするので、介護保険法第75条第2項・第78条の5第2項・第82条第2項・第99条第2項・第113条第2項・第115条の5第2項・第115条の15第2項・第115条の25第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

介護保険事業所番号 2 2 ●●●●●●●●●●●●●●●●

|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| 廃止・休止をしようとする事業所・施設   | 名 称                                   | ●●●●ヘルパーステーション                               |
|  | 所 在 地                                 | (郵便番号●●●● - ●●●●●●)<br>浜松市●●●区●●●町●●●●●●-●●● |
|  | 電 話 番 号                               | ●●●●-●●●●-●●●●                               |
| 事業等の種類   | 訪問介護                                  |  |
| 廃止・休止の別  | 廃 止 ・ 休 止                             |  |
| 廃止・休止予定年月日   | ●●年●●月●●日                             |  |
| 廃止・休止の理由   | (例)<br>●●●●の理由から事業継続が困難なため            |  |
| 現に指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、介護保険施設サービス、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス又は指定介護予防支援を受けている者に対する措置 | (例)<br>現在の利用者●●名は、既に他の事業所へ受入れが決まっている。 |  |
| 休止予定期間   | ●●年●●月●●日                             |  |

備 考

- 「廃止・休止の別」欄は、該当する種別を○で囲むこと。
- 「休止予定期間」欄は、事業を休止する場合に記入すること。