

記載例  
(休止届の場合)

提出担当者	連絡先	社会福祉法人〇〇会 TEL 000-000-0000 FAX 000-000-0000
	氏名	〇〇 〇〇

介護老人保健施設又は介護医療院の廃止・休止・再開届出書

平成 31 年 4 月 20 日

新潟市長様

休止の1月前までに届出が必要です。

郵便番号 950-0000

住所 新潟市〇〇区〇〇〇丁目0-0

届出者 名称 社会福祉法人 〇〇会

代表者の職・氏名 理事長 〇〇 〇〇

電話番号 000-000-0000

該当区分に〇をつける

介護老人保健施設  
介護医療院  
廃止したい  
を休止したい  
再開した  
ので、下記のとおり、届け出ます。

記

介護保険事業所番号	1 5 0 0 0 0 0 0 0 0
届出に係る施設	名称 〇〇介護医療院
	開設の場所 新潟市〇〇区〇〇〇丁目0-0
開設許可年月日	平成 30 年 4 月 1 日
廃止、休止する又は再開した年月日	令和 元 年 5 月 31 日
廃止又は休止の理由	経営上の理由のため (例)6月1日から廃止する場合(5/31まで事業を行っていた場合)は5月31日と記入すること。
廃止又は休止する場合は、現に入所している者に対する措置	全利用者を〇〇事業所に紹介を行い不便がないよう対応する すべての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かを記入する。
その他参考となる事項	休止期間は最長でも1年です。 (ただし、指定有効期間の範囲内で設定すること。)
休止予定期間	令和 元 年 6 月 1 日 ~ 令和 2 年 5 月 31 日

添付書類 再開に係る届出の場合は、従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表及び従業員の資格を証する書類