指定介護機関廃止届出書

　　年　　月　　日

（あて先）

　　川　越　市　長

　　　　　　　　　　指定介護機関　開設者

住　所

　　　　　　　　　　　　　　開設者名

　　　　　　　　　　　　　　電話

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による下記の指定介護機関について、廃止しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護機関名称 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 廃止理由 | １．開設者変更（個人⇔法人、親⇒子　等）  ２．移転（川越市管轄地域  ⇒埼玉県、さいたま市、越谷市、他都道府県）  ３．サービスの一部廃止  （廃止したサービス名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４．その他（理由を記入してください） | | | | | | | | | |
| 介護サービス利用者等の措置状況 |  | | | | | | | | | |

指定介護機関廃止届出書

記入例

　　〇年　　〇月　　〇日

（あて先）

　　川　越　市　長

　　　　　　　　　　指定介護機関　開設者

住　所　川越市元町〇―〇―〇

開設者名株式会社川越会　代表取締役　川越　太郎

　　　　　　　　　　　　　　電話**０４９－×××―〇〇〇**

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による下記の指定介護機関について、廃止しましたので届け出ます。

介護保険法の廃止日と合わせてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護機関名称 | **ホームヘルプサービス　ときも** | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | 1 | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 廃止年月日 | 〇年　　〇月　　〇日 | | | | | | | | | |
| 廃止理由 | １．開設者変更（個人⇔法人、親⇒子　等）  ２．移転（川越市管轄地域  ⇒埼玉県、さいたま市、越谷市、他都道府県）  ．サービスの一部廃止  （廃止したサービス名：居宅介護支援  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４．その他（理由を記入してください） | | | | | | | | | |
| 介護サービス利用者等の措置状況 | 川越市の被保険者２名については、ときも居宅介護支援事業所に、居宅介護支援計画の作成を依頼した。 | | | | | | | | | |