

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関 休止届書

次のとおり休止しましたので届け出ます。

介護保険事業者番号	1	2							
事業所の名称									
事業所の所在地	〒								

【事業の種類】 該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	訪問介護	介護予防		地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	訪問入浴介護		介護予防訪問入浴介護		夜間対応型訪問介護
	訪問看護		介護予防訪問看護		地域密着型通所介護
	訪問リハビリテーション		介護予防訪問リハビリテーション		認知症対応型通所介護
	居宅療養管理指導		介護予防居宅療養管理指導		介護予防認知症対応型通所介護
	通所介護				小規模多機能型居宅介護
	通所リハビリテーション		介護予防通所リハビリテーション		介護予防小規模多機能型居宅介護
	短期入所生活介護		介護予防短期入所生活介護		認知症対応型共同生活介護
	短期入所療養介護		介護予防短期入所療養介護		介護予防認知症対応型共同生活介護
	特定施設入居者生活介護		介護予防特定施設入居者生活介護		地域密着型特定施設入居者生活介護
	福祉用具貸与		介護予防福祉用具貸与		看護小規模多機能型居宅介護
	特定福祉用具販売		特定介護予防福祉用具販売		地域密着型介護老人福祉施設
	施設		介護老人福祉施設		
介護老人保健施設		居宅介護支援	通所型サービス		
介護療養型医療施設		介護予防支援	介護予防ケアマネジメント		
介護医療院					

休止年月日	年 月 日
休止理由	
委託患者等の措置状況	
再開の見通し	

- ※ この書類は、千葉県知事あてに直接提出してください。
- ※ この書類は、休止となった日から10日以内に提出してください。
- ※ 本届出には添付書類は不要です。
- ※ 平成26年7月1日以降に開設した介護機関(みなし指定事業所)についても、届出が必要です。

年 月 日
千葉県知事様

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

代表者職氏名

連絡先電話番号 TEL () / 担当者氏名 ()

記入例(休止の場合)

生活介護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

休止届書

・届出書は介護保険事業者番号ごとに作成してください。

次のとおり休止しましたので届け出ます。

介護保険事業者番号	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所の名称	〇〇訪問介護事業所									
事業所の所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇1-1									

【事業の種類】 該当するサービスの種類に〇を印してください。

居宅介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	介護予防		地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		介護予防訪問入浴介護		夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		介護予防訪問看護		地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		介護予防訪問リハビリテーション		認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		介護予防居宅療養管理指導		介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所介護				小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		介護予防通所リハビリテーション		介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護		介護予防短期入所生活介護		認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		介護予防短期入所療養介護		介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護		介護予防特定施設入居者生活介護		地域密着型特定施設入居者生活介護
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		介護予防福祉用具貸与		看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売		特定介護予防福祉用具販売		地域密着型介護老人福祉施設
施設	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設		居宅介護支援	介護予防・日常生活支援	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		介護予防支援		通所型サービス
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設				介護予防ケアマネジメント
	<input type="checkbox"/> 介護医療院				

介護保険の休止届出と同じ年月日を記入してください。

休止年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
休止理由	職員の確保が難しくなったため。
委託患者等の措置状況	他事業所に引継ぎ済。
再開の見通し	令和〇年〇月〇日に再開予定。

- ※ この書類は、千葉県知事あてに直接提出してください。
- ※ この書類は、休止となった日から10日以内に提出してください。
- ※ 本届出には添付書類は不要です。
- ※ 平成26年7月1日以降に開設した介護機関(みなし指定事業所)についても、届出が必要です。

令和 〇 年 〇 月 〇 日
千葉県知事様

書類を提出する日を記入してください。

【届出者(開設者)】
法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒 〇〇〇-〇〇〇〇
千葉県〇〇市〇〇3-3
法人の名称(個人の場合は個人氏名)
株式会社〇〇〇〇
代表者職氏名
代表取締役 〇〇 〇〇

連絡先電話番号 TEL (〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇) / 担当者氏名(〇〇 〇〇)