

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国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に基づく

指定介護機関 ※

| | |
|---|---|
| 休 | 止 |
| 廃 | 止 |

 届出書

次のとおり※（休止・廃止）しましたので届け出ます。

| | | |
|---------------------------|-----------|--------|
| 指定 介護 機関 | 介護保険事業者番号 | |
| | 名 称 | 電話 () |
| | 事業の種類 | |
| | 所 在 地 | 〒 |
| ※休止・廃止年月日 | | 年 月 日 |
| ※ 休止 止の ・理 廃由 | | |
| 利用者等 への 対応 | | |
| 再開の見通し (休止の場合) | | |

年 月 日

群馬県知事様

届出者 住所(〒 -)
(開設者) 名称

(裏 面)

■注意事項

- 1 この書類は、所在地を管轄する福祉事務所を経由して、又はインターネット「ぐんま電子申請受付システム」（ただし、前橋市及び高崎市に所在地を有する場合を除く）により提出してください。
- 2 この書類は、介護機関が休止され、又は廃止された場合に速やかに提出してください。
- 3 休止の場合には、再開後速やかに再開届出書を提出してください。

■記載事項

- 1 指定を受けている施設又は事業所ごとに記載してください。
- 2 ※印のところは、不要のものを ― で消してください。
- 3 指定介護機関の「名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を記載してください。
- 4 「利用者等への対応」は、既に行った対応及び今後予定している対応を記載してください。
- 5 「届出者（開設者）」には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。