様式第３０号（第14条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　号

　　　 　　　　　　　　年　　月　　日　（宛先）八代市長

　 事業者の住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　事業者の氏名（名 称）

（代表者職氏名）

老人居宅生活支援事業廃止（休止）届

　　下記のとおり老人居宅生活支援事業を廃止（休止）するので、老人福祉法第１４条の３の規定により届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の種類及び内容 |  |
| 事業所名 |  |
| 廃止（休止）予定年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 廃止（休止）の理由 |  |
| 現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置 |  |
| 休止の予定期間 | 令和　　年　　月　　日から  　　　　　令和　　年　　月　　日まで |

注　不要の文字は抹消してください。（休止届の場合は様式中の「廃止」を抹消する）

様式第３０号（第14条関係） **記入例（老人居宅介護等事業の休止の場合）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　○　号

　　　 　　　　　　　　　　令和○○年○月○日

休止予定より前

　（宛先）八代市長

事業者の住所（所在地） ○○市○○町○○

不要な文字は抹消

休止届けの場合は様式中の「廃止」を抹消する

　　　　　　　　　　　　　　　事業者の氏名（名称）　　○○○○法人

（代表者職氏名）　代表取締役〇〇　〇〇　実印

管理者ではなく法人名（法人代表者職氏名も）

老人居宅生活支援事業廃止（休止）届

　下記のとおり老人居宅生活支援事業を廃止（休止）するので、老人福祉法第１４条の３の規定により届け出ます。

**事業の種類**：「老人居宅介護等事業」「老人デイサービス事業」、「小規模多機能型居宅介護事業」、「認知症対応型老人共同生活援助事業」又は「複合型サービス福祉事業」のいずれか

（**内容**：介護保険法の規定によるサービスの種類）

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の種類及び内容 | 小規模多機能型居宅介護事業  （（介護予防）小規模多機能型居宅介護） |
| 事業所名 |  |
| 休止予定年月日 | 令和○○年　○月　○日 |
| 休止の理由 | ＊理由を記入  介護職員○○名が、長期休職することになったが、代替職員の確保ができず、事業継続が困難なため。 |
| 現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置 | ＊措置を記入  　通所等を利用している利用者○○人のうち、△人は、介護支援専門員に引継ぎ済み。□人は◎◎通所介護等に引き継ぐ旨、利用者、介護支援専門員等と協議中。 |
| 休止の予定期間 | 令和○○年　○月　○日から  未定の場合はその旨記載  令和△△年　△月　△日まで |

注　不要の文字は抹消してください。休止届の場合は様式中の「廃止」を抹消する

老人福祉法上の届出チェック表【老人居宅生活支援事業廃止（休止）届】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チェックする項目 | 内容 | チェック | |
| 事業所 | 八代市 |
| １届出の日付 | 廃止予定日の1ヶ月前になっているか |  |  |
| ２届出者（事業者）の住所・氏名 | ・法人の場合は、法人代表者職氏名まで記載されているか  ・法人の場合は、法人の実印が押印されているか |  |  |
| ３事業の種類及び内容 | ・老人福祉法上に規定されている事業種類になっているか。  ・括弧書で介護保険法の規定によるサービスの種類（内容）を記載しているか |  |  |
| ４事業所名 | 事業所の名称が記載されているか |  |  |
| ５廃止（休止）年月日 | 届出日より1ヶ月前になっているか |  |  |
| ６廃止（休止）の理由 | 理由を記入しているか |  |  |
| ７現に適宜若しくは援助を受け又は入所している者に対する措置 | 利用者数、引継ぎ事業所名等を具体的に記載しているか |  |  |
| ８（休止の場合）休止の予定期間 | 休止期間は概ね1年以内で記載しているか |  |  |
|  |  |  |  |

※上記項目を確認の上（○をつけてください）、様式第３０号に添付願います。