

- ・生活保護法
- ・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による

指定介護機関 休止 届書
 廃止

介護保険事業者番号

2	7	7	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

指 定 介 護 機 関	名 称	ケア中之島										
	所 在 地 (ビル・マンション名等)	〒 530 - 0005 大阪市 北 区 中之島1-3-20 中之島ビル2階 TEL (06) 6208 - ****										
	介護サービス事業の種類	※生活保護法による指定を受けており、今回休止または廃止するサービス事業の種類を全て記入してください。 居宅介護支援										
休 止 ・ 廃 止 年 月 日		平成 令和 3 年 4 月 30 日										
休 止 ・ 廃 止 の 理 由		人員確保が困難なため 事業所名称の変更、事業所が市内で区を越えて移転する場合等で、事業者番号が変更になる場合は、新しい事業者番号を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
委 託 患 者 の 措 置 状 況		〇〇居宅介護支援事業所に引き継ぎ済み										
再 開 の 見 通 し (休 止 の 場 合)												

上記のとおり届け出ます。

令和 **3** 年 **5** 月 **7** 日

大阪市長 様



〈届出者（開設者）〉

〒 **530** - **0005**

住所 **大阪市北区中之島1-3-20 中之島ビル2階**

*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 **社会福祉法人中之島会 理事長 中之島一郎**

*法人の場合は法人名称、代表者の職、氏名

〈届出者 開設者(個人)が、死亡等の場合〉

氏名 _____

(開設者との続柄 _____)

担当者氏名 **梅田 華子**

担当者連絡先TEL **06 - 6208 - ******

注意事項

- 1 この届出書は、指定介護機関の所在地を管轄する保健福祉センターを経由して、大阪市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、指定介護機関が休止または廃止された場合に、速やかに提出してください。
- 3 休止の場合は、再開後、速やかに再開届書を提出してください。

記載要領

- 1 標題の「休止」・「廃止」の部分は、該当する□にチェックしてください。
- 2 指定介護機関の「名称」は、略称を用いることなく、介護保険法により指定または開設許可を受けた正式な名称を記載してください。
- 3 指定介護機関の「所在地」は、介護保険法により指定または開設許可を受けた所在地（マンション・ビル名含む）を記載してください。
- 4 指定介護機関の「介護サービス事業の種類」は、当該介護事業者番号につき生活保護法による指定を受けているサービス事業のうち、今回休止または廃止するサービス事業の種類を全て記載してください。
- 5 「休止・廃止の理由」について、廃止する事業所において、事業所名称の変更や事業所が大阪市内で区を越えて移転する場合等で、事業者番号が変更になる場合は、新しい事業者番号を記入してください。
- 6 「委託被保護者の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 7 「届出者（開設者）」は、開設者の住所及び氏名を記載してください。なお、開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地、法人名称及び代表者の職・氏名を記載してください。
また、開設者（個人）が死亡等により、親族が届出者の場合は、その方の氏名、開設者との続柄を記入してください。
「担当者名」及び「担当者連絡先」については、この書類の記入事項にかかる本市からの照会に対応する担当者の氏名及び連絡先を記入してください。