

記入例

指定介護機関廃止届出書

〇〇◆◆年 4 月 1 日

(あて先)

川 口 市 長

指定介護機関 開設者

住 所 川口市青木〇-〇-〇

開設者名 株式会社埼玉会 代表取締役 埼玉 太郎

電 話 048-×××-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
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
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 コバトン
介護保険事業者番号	1 1 7 0 0 0 0 0 0 0
廃止年月日	〇〇◆◆年 5 月 31 日
廃止理由	1. 開設者変更（個人⇄法人、親⇒子 等） 2. 移転（川口市⇒埼玉県管轄地域、さいたま市、川越市、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：居宅介護支援） 4. その他
委託利用者等の措置状況	川口市の被保険者2名については、コバトン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。

指定を受けているサービスの
一部のみを廃止した場合は、
廃止したサービスの種類を
必ず記入してください。