（別紙）

休廃止に係る事業者及び事業所の状況について

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　事業所名：

廃止するサービス種類：

1. 届出提出日現在、利用者が　いる　・　いない

休・廃止後の利用者の移行先について

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 | 移行先　　事業所名　　　　　　　　　　　　（　　事業所番号　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　） |

1. 過誤調整または返還金について　有　・　無

（有の場合のみ）

* 返還先　　　　　　堺市　　・　　他市（　　　　　市）
* 支払方法について過誤調整等担当課と協議　　未　・　済

1. 法人の存続について　存続する　・　存続しない
2. 休・廃止後、上記の事項等について連絡の取れる連絡先

氏名：

法人名・役職：

電話番号：

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【所管課使用欄】（記入しないでください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □利用者の移行先について | 初　 回 | 年　　月　　日 |
| □過誤調整の有無について | 補正① | 年　　月　　日 |
| □法人の存続について | 審　査 | 1. 月　 日 　　　②　 月 日 |
| □休廃止後の連絡先について | 事業入力 | 1. 月　 日 　　　②　 月 日 |
|  | 基本入力 | 1. 月 日 ② 月 日 |
|  | 業務管理入力 | 年　　月　　日 |