（様式第 10 号）

社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届

年　　月　　日

受付日付印

島根県社会福祉協議会長　様

次のとおり経営者でなくなったので、届け出ます。

共済契約者番号	共済契約者	氏名又は名称			
		主たる事務所の所在地	郵便番号　　－		
		事務担当者名		連絡先（電話番号）	

経営者でなくなった年月日	年　　月　　日	
経営者でなくなった理由（該当する記号に○）	ア．組織変更　　オ．公営移管 イ．法人解散　　カ．死　　亡 ウ．廃　　止　　キ．交　　替 エ．休　　止　　ク．そ の 他（　　）	
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数	名　　称	被共済職員数
		人
		人
		人
		人
備　　考	変更後の 共済契約者（経営者）名（　　） 共 済 契 約 者 番 号（　　）	

【添付書類】
右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
(1)「廃止・休止届受理通知書」(写)
(2) 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
(3) その他、業務委託契約書等（写）
(4) 上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書等
(5) 法令等により許認可・届出の必要がない場合は、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
①「法人の定款」(写)
②「定款変更申請書」(写) 及びその他の書類

【確認事項】
ア．施設・事業の名称
イ．所在地
ウ．施設・事業の種類（申出施設等は除く）
エ．廃止・休止年月日