

社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届

(約款様式第16号)

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

機構受付日付印

次のとおり、社会福祉施設等を特定介護保険施設等へ転換したので届け出ます。

◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎ この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
◎ 下部記載の〈添付書類〉を必ず添付してください。

共済契約者番号		共 済 契 約 者	名 称				
			主たる事務所の所在地	郵便番号	—		
			事務担当者氏名	連絡先	電話	— —	
転 換 日			年 月 日				
転 換 し た 施 設 又 は 事 業	転 換 前	施設番号	名 称		種 類		
		所 在 地					
	転 換 後	郵便番号		—			
		名 称		種 類			
		所 在 地					
備 考							

〈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) 「許認可書」(写)
- (2) 「許可書」(写) 及び「許可申請書」(写)
- (3) その他、業務委託契約書等

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

※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、確認事項が明記されたいずれかの書類

- (1) 法人の定款 (写)
- (2) 定款変更申請書 (写)

〈記載上の留意点等〉

1 施設又は事業の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。

- ① 養護老人ホームから軽費老人ホーム (介護保険の指定を受けたもの) へ転換
- ② 軽費老人ホーム (介護保険の指定を受けていないもの) から軽費老人ホーム (介護保険の指定を受けたもの) へ転換

※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム (介護保険の指定を受けていないもの) へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部廃止等届 (約款様式第12号)」及び「施設等新設届・申出書 (約款様式第1号)」を提出してください。

- 2 共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は「掛金納付対象職員届 (約款様式第2号)」で確認して記入してください。
- 3 表中「転換した施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。

確認事項

- ア. 施設・事業の名称
- イ. 所在地
- ウ. 施設・事業の種類
- エ. 廃止・休止年月日
- オ. 許認可届出年月日