

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

(約款様式第4号)

年 月 日
 独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり経営者でなくなったので、届け出ます。

機構受付日付印

◎ ◎ ◎
 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。
 ◎ コピー1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
◎ 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	氏名又は名称		
		主たる事務所の所在地	郵便番号	
		事務担当者氏名	連絡先 電話	
経営者でなくなった年月日	元号	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	
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)

上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書等

※法令等により許認可・届出の必要がない場合のみ、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) 定款変更申込書(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 エ. 廃止・休止年月日
 ※申出施設等については、「ウ」は不要

<記載上の留意点等>

- 経営者でなくなったことによって退職した者がいるときは、遅滞なく、「被共済職員退職届(約款様式第7号)」並びに「退職手当金請求書(約款様式第7号の2)」又は「合算制度利用申出書(約款様式第7号の3)」を提出してください。
- 経営者の変更により変更後の共済契約者(経営者を含む。)が当該共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書」、「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」に併せて提出してください。