（様式第8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

受付日付印

令和　　年　　月　　日

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会会長　様

次のとおり経営者でなくなったので届け出ます。

法人番号								

共済契約者	氏名又は名称					㊞
	主たる事業所の所在地	〒　　－				
	事務担当者氏名		連絡先	電話	－　　－	

経営者でなくなった年月日	令和　　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　（　　） 法人番号　（　　）

〈添付書類〉　この届出書には、社会福祉施設等及び特定介護保険施設等を廃止又は休止したこと及びその年月日を証明する書類を必ず添付してください。

◎　経営者でなくなったことによって退職した者があるときは、遅滞なく、「職員退職届兼退職手当金請求書（様式第5号）」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、この届出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「静岡県社会福祉事業共済会加入申込書(様式第1号)」、「施設等新設届・申出書(様式第10号)」に併せて提出してください。