（様式第10号）

共済契約対象施設等一部廃止等届

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

次のとおり施設等の一部を廃止・休止・経営移管したので届け出ます。

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
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	施設番号	名称	休止・廃止・経営移管年月日		
			年　　月　　日		
理由（該当する記号に○）	ア　廃止 イ　休止 ウ　経営移管				
被共済職員	(1)　退職者　　人	(2)　引継(移管)職員　　人	(3)　配置換職員　　人	(4)　継続異動職員　　人	(5)　共済契約対象外施設等への異動職員　　人
	(6)　合算申出職員　　人	合計　　人			
備考	経営移管後の 共済契約者（経営者）名（　　） 法人番号　（　　）				

〈添付書類〉　当該共済契約対象施設・事業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。

◎　退職者及び合算申出職員は「職員退職届兼退職手当金請求書（様式第4号）」、他の共済契約者への継続異動職員は「共済契約者間継続職員異動届（様式第5号）」、共済契約対象外施設等への異動職委員は「共済契約対象（外）施設等異動届（様式第6号）」を遅滞なく提出してください。

◎　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9号)」に併せて提出してください。