様式第17号　　（茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度）

社会福祉施設の休止・廃止届

社協受付日付印

年　　月　　日

社会福祉法人　茨城県社会福祉協議会長　様

契約者番号・施設番号								
契約者	法人名及び代表者	印						

次のとおり社会福祉施設を（**休　止・廃　止**）したので、茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度規程に基づき、届け出ます。

施設名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	所在地	郵便番号　－ 電話番号　（　　）	施設の種類	
休止・廃止年月日	年　月　日	休止・廃止時加入職員数	（1）休止・廃止に伴う退職者　人 （2）配置換職員　人 合　計　人		

配置換職員	職員番号	氏　名	配置換先の施設名

注）1．**休止・廃止**を選んで○を付けて下さい。
　　2．休廃止施設から既存施設へ配置換した加入職員がいる場合は、「配置換職員」欄に職員氏名と配置換先の施設名を記入して下さい。

〈添付書類〉　1．「休止・廃止届受理通知書」等の写を添付して下さい。
　　2．休廃止に伴う退職者については、加入職員退職届（様式第18号）及び退職手当金交付申請書（様式第19号）を別途添付して下さい。

2018.4.1