　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者 主たる事務所の所在地

（設置者） 名称

代表者の氏名

障害福祉サービス事業等・障害児通所支援事業等廃止・休止・再開届

　　次のとおり事業を廃止する・休止する・再開したので、届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止する・休止する・再開した事業所 | 名　　　称 |  | | | | | | | | | |
| 所　在　地 |  | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | |
| 届　出　の　種　別 | 廃止　　　　休止　　　　再開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由  （廃止・休止の場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 現に指定障害福祉サービス等、指定障害児通所支援等又は共生型障害福祉サービス若しくは共生型障害児通所支援を受けている者に対する措置（廃止・休止する場合のみ）  ※詳細に記入してください。 |  | | | | | | | | | | |
| 休　止　予　定　期　間  （休止の場合のみ） | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

注

１　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

　　２　事業の再開に係る届出にあっては、再開の日から１０日以内に届けてください。

　　３　事業の廃止・休止に係る届出にあっては、廃止・休止の日の１か月前までに届けてください。