様式第8号の19(第9条の13関係)

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　(宛先)静岡市長

所在地

届出者　　名称

代表者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり支援の | 廃止をしたいので  休止をしたいので  再開をしたので | 届け出ます。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 廃止(休止・再開)する事業所(施設) | | 事業所番号 | |  |
| 名称 | |  |
| 所在地 | |  |
| 事業の種類 | |  |
| 廃止・休止する又は再開した年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 廃止・休止する理由 | | |  | |
| 現に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) | | |  | |
| 休止予定期間 | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 | | | |

(注)

　1　支援の再開に係る届出にあっては、当該施設に係る職員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　再開の場合は、休止した事業を再開したときから10日以内に届け出てください。

　3　休止又は廃止の場合は、事業を廃止又は休止しようとする日の1月前までに届け出てください。

（参考様式）

現に当該指定障害児通所支援等を受けている者について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 連絡先 | 受給者番号 | 引き続きサービスの提供を希望する旨の申出の有無 | 引き続き当該指定障害児通所支援等に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要なサービスを継続的に提供する他の指定障害児通所支援等事業者の名称 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |