（様式第４号）

指定障害児通所支援事業者廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

（あて先）一宮市長

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　（設置者）　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　事業の廃止・休止・再開について、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 |  |
| 廃止・休止する事業所又は再開した事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業の種類 |  |
| 廃止・休止する年月日又は再開した年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止・休止する理由 |  |
| 現に指定通所支援を受けていた者に対する措置（廃止・休止する場合のみ） |  |
| 休止予定期間 | 　年　月　日～　　年　月　日 |

備考

　１　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、勤務体制及び勤務形態の一覧表を添付してください。

　２　再開に係る届出は、事業を再開した日から１０日以内に届け出てください。

　３　廃止又は休止に係る届出は、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。