様式第４号（第４条関係）

指定障害児通所支援事業者廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　鳥取市長　様

所在地

届出者　　名称

代表者

　事業の廃止(休止)をする(再開をしました)ので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所番号 | 　 |
| 廃止(休止)する(再開した)事業所 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| サービスの種類 |  |
| 廃止(休止)する(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 |

注1　廃止又は休止の届出書は、廃止又は休止の日の1月前までに届け出ること。

　2　再開届出書は、再開の日から10日以内に届け出ること。

添付書類

　1　勤務体制・形態一覧表(再開届出書において、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態が休止前と異なる場合に限る。)

　2　次に掲げる事項を記載した一覧表(事業の廃止又は休止をする場合に限る。)

　　(1)　現に指定通所支援を受けている者及びその保護者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定通所支援に相当する支援の提供を希望する旨の申出の有無

　　(2)　前号の申出があった者に対し、必要な障害児通所支援を継続的に提供する他の指定障害児通所支援事業者の名称

（別紙）

現に当該指定通所支援を受けている者について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 保護者氏名 | 連絡先 | 受給者証番号 | 引き続き当該指定通所支援に相当する支援の提供を希望する旨の申出の有無 | 引き続き当該指定通所支援に相当する支援の提供を希望する者に対し、必要な通所支援を継続的に提供する他の指定通所支援事業者の名称 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |  |  |
| １６ |  |  |  |  |  |  |
| １７ |  |  |  |  |  |  |
| １８ |  |  |  |  |  |  |
| １９ |  |  |  |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |  |  |  |
| ２１ |  |  |  |  |  |  |
| ２２ |  |  |  |  |  |  |
| ２３ |  |  |  |  |  |  |
| ２４ |  |  |  |  |  |  |
| ２５ |  |  |  |  |  |  |

※適宜、欄を追加してご活用ください。