様式第3号(第3条関係)

廃止(休止・再開)届出書

年　　月　　日

　鳥取市長　様

事業者　住所

(所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

　次のとおり事業の廃止(休止・再開)しましたので届け出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止(休止・再開)する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 廃止(休止・再開)した年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止(休止)した理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 現に指定計画相談支援又は指定障害児相談支援を受けていた者に対する措置  (廃止又は休止した場合のみ) | |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定年月日 | | 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　再開の日から10日以内に届け出てください。

　3　廃止又は休止の日の1月前までに届け出てください。

（別紙）

現に当該指定相談支援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 | 引き続き当該指定相談支援に相当する支援の提供を希望する者に対し、必要な相談支援を継続的に提供する他の指定相談支援事業者の名称 |
| 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。