様式第４号（第４条関係）

廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 届出者（事業者） | 所在地名称代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　事業の廃止（休止）をします（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・休止の理由 | 　 |
| 現に指定障害福祉サービス又は指定地域相談支援（以下「指定障害福祉サービス等」という。）を受けている者に対する措置（廃止・休止の場合のみ） | 　 |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　 |

注

１　廃止又は休止をしようとするときは、廃止又は休止の日の１月前までに届け出ること。

　　２　休止した事業を再開したときは、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（事業の再開に係る届出において、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）現に指定障害福祉サービス等を受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービス等に相当するサービス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、必要な指定障害福祉サービス等を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者又は指定一般相談支援事業者の名称

（別紙）

現に当該指定障害福祉サービス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福祉サービス等に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス等を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス等事業者の名称 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |  |
| １６ |  |  |  |  |  |
| １７ |  |  |  |  |  |
| １８ |  |  |  |  |  |
| １９ |  |  |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |  |  |
| ２１ |  |  |  |  |  |
| ２２ |  |  |  |  |  |
| ２３ |  |  |  |  |  |
| ２４ |  |  |  |  |  |
| ２５ |  |  |  |  |  |

※適宜、欄を追加してご活用ください。