様式第11号の７（第９条の３関係）

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

届出者　主たる事務所の所在地

名　称

代表者の氏名

次のとおり事業を廃止（休止）します（再開しました）ので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する（再開した）事業所 | | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | |
| 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る者に対 する措置（廃止・休止する場合のみ） | |  | | | | | | | | | | |
| 現に指定通 所支援を受 けている者 （廃止・休 止する場合 のみ） | 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 保護者の氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | |
| （有の場合、必要な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） | | | | | | | | | | |
| 休　止　の　予　定　期　間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

注１　事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制およ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日から10日以内に届け出てください。

３　廃止または休止の場合は、事業を廃止し、また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。

４　記載欄が不足する場合は、別紙に必要事項を記載して添付してください。

５　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とします。