

(様式第3号)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(あて先)
滋賀県知事

住 所
事業者 (所在地)
(施設の設置者) 氏 名
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり支援の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

	事業所番号	
廃止(休止・再開)する施設	名称	
	所在地	
廃止・休止・再開した年月日	平成 年 月 日	
廃止・休止した理由		
現に指定(入所・通所)支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止した場合のみ)		
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	

- (注) 1 支援の再開に係る届出にあつては、当該施設に係る職員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 再開の場合は、休止した事業を再開したときから10日以内に届け出てください。
3 休止又は廃止の場合は、指定通所支援事業を廃止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。