第１８号様式の６（第１３条の４関係）

（表）

指定障害児通所支援事業者廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

越谷市長　宛

所　在　地

事業者　　名　　　称

代表者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 廃止する | |  | |
| 次のとおり事業を | 休止する | | ので届け出ます。 | |
|  | 再開した | |  | |
| 廃止・休止・再開に係る事業 | | 事業所番号 | |  |
| 名　称 | |  |
| 所在地 | |  |
| 事業の種類 | |  |
| 廃止・休止・再開に係る年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 廃止・休止の理由 | |  | | |
| 現に指定通所支援を  受けている者に対する措置  （廃止・休止の場合のみ） | |  | | |
| 休止予定期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |

備考

　１　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業所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　廃止又は休止の場合は、指定通所支援の事業を廃止し、又は休止しようとする日の１か月前までに届け出てください。

（裏）

現に当該指定通所支援を受けている者について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 連絡先 | 受給者証番号 | 引き続き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 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

※適宜、欄を追加してください。