年　　月　　日

いわき市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 所　在　地 |  |
| 名　　　称 |  |
| 代表者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止し、又は休止しようとする事業所 | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | |
| 廃止し、又は休止しようとする年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止し、又は休止しようとする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 休止の予定期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | |

備考

１　次に掲げる事項を記載した書類を添付してください。

⑴　現に当該指定通所支援を受けている者に対する措置

⑵　現に当該指定通所支援を受けている者及びその保護者の氏名、連絡先、受給者証番号及び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

⑶　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

２　廃止又は休止の日の１月前までに届け出てください。