様式第４号（第４条関係）

指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　春日部市長　あて印

所 在 地

事業者　名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　印

　　次のとおり事業を廃止（休止・再開）しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定特定相談支援事業所 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定障害児相談支援事業所 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する  事業所 | 名　　　称 |  | | | | | | | | | |
| 所　在　地 |  | | | | | | | | | |
| 廃止（休止・再開）した  年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現に指定特定相談支援又は指定障害児相談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 | 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、再開の日から１０日以内に届け出てください。

　３　廃止・休止の場合は、廃止・休止の日の１か月前までに届け出てください。

４　指定特定相談支援事業所を廃止・休止する場合は別紙１もご記入ください。

５　指定障害児相談支援事業所を廃止・休止する場合は別紙２もご記入ください。

