

別記第九号様式の三(第九条第三項)

指定障害児通所支援事業廃止・休止届出書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者 所在地

(設置者) 名称

代表者

印

次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

	事業所番号									
廃止・休止する事業所	名称									
	所在地									
	サービスの種類									
廃止・休止する年月日	年 月 日									
廃止・休止する理由										
現に指定障害児通所支援を受けている者に対する措置										
休止予定期間	年 月 日 ~					年 月 日				

備考 廃止し、又は休止する日の1月前までに届け出てください。