

障害福祉サービス事業等の廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地
事業者名称
代表者

次のとおり事業の廃止(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	
現に指定障害福祉サービス等又は共生型障害福祉サービス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

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、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 廃止・休止・再開の日から10日以内に届け出てください。

現に当該指定障害福祉サービス等を受けている者について

	氏名	連絡先	受給者番号	引き続きサービスの提供を希望する旨の申出の有無	引き続き当該指定障害福祉サービス等に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス等を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス等事業者の名称
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

※適宜、欄を追加してご活用ください。