

(様式第3号)

福山市障がい者等日中生活支援事業に係る  
廃止 届出書  
休止  
再開

年 月 日

福 山 市 長 様

所 在 地  
申請者 名 称  
代表者名前

次のとおり福山市日中生活支援事業の廃止・休止・再開をしたいので届け出ます。

廃止・休止・再開する事業所	事業所番号	3	4	6	1	3				
	名称									
	所在地	(〒 - )								
	サービスの種類	<input type="checkbox"/> 移動支援 ( <input type="checkbox"/> 身体介護 無 <input type="checkbox"/> 身体介護 有 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> グループ支援 ) <input type="checkbox"/> 日中一時支援 ( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> C型 )								
廃止, 休止又は再開した年月日					年 月 日					
廃止又は休止した理由										
現にサービスを受けていた者に対する措置 (廃止又は休止した場合のみ記入)										
休止予定期間 (休止の場合のみ記入)					年 月 日から 年 月 日まで					

注 1 標題の届出名の「廃止」、「休止」又は「再開」のいずれか該当する事項を○で囲むこと。

2 2以上の事業所番号で同じ届出事項がある場合は、別紙に記入すること。

3 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・形態一覧表を添付すること。

4 廃止又は休止の場合は、1か月前までに、再開の場合は、10日以内に届け出ること。

5 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。



(様式第3号)

現に当該日中生活支援事業のサービスを受けている者について

	名前	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	引き続き当該日中生活支援事業のサービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な日中生活支援事業のサービスを継続的に提供する他の協定事業者の名称
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					