

第九号様式(第八条第二項)

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

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。