様式第１（第１条関係）

届

年　　月　　日

　　　愛知県知事　殿

届出者　主たる事務所の所在地

名　称

代表者の氏名

次のとおり事業を　　ので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律　　の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | | |  |
| 再開（廃止・休止）に係る事業所 | 名称 | |  | |
| 所在地 | |  | |
| 再開（廃止・休止予定）年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 廃止（休止）の理由 | |  | | |
| 現に指定障害福祉サービス（指定地域相談支援）を受けている者に対する措置（廃止・休止の場合のみ） | |  | | |
| 休止予定期間 | | 年　月　日～　年　月　日 | | |

備考　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

２　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・形態一覧表を添付すること。

３　廃止又は休止に係る届出にあっては、現に指定障害福祉サービス（指定地域相談支援）を受けている者に対する措置に係る利用者（契約者）対応記録票を添付すること。