

地域生活支援事業所 事業廃止（休止・再開）届出書

事業所を休止する
1月前までに届け
出てください。

令和5年 6月 25日

加古川市長 様

- ・届出者＝法人情報
- ・代表者の職名も記入
- ・代表者印は不要です

届出者 所在地 加古川市〇〇町〇〇111-1
名称 株式会社 〇〇
代表者氏名 代表取締役 〇〇〇〇

次のとおり事業を廃止（~~休止・再開~~）しましたので届け出ます。

廃止（休止・再開）する事業所	名称	加古川〇〇事業所	
	所在地	加古川市〇〇町〇〇333-3	
	事業の種類	移動支援	
	事業所番号	2800000000	
廃止・休止・再開した年月日	令和5年 7月 31日		
廃止・休止した理由	(例) 人員基準を満たさないため。		
	他事業所に引き継ぐ。		
現に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)	休止日の前1か月以内の利用者に対する措置(予定)を記入してください。添付書類は不要です。		
	休止予定期間を記入してください。		
休止予定期間	休止日の翌日	～	令和6年 7月 31日
届出担当者	〇〇 〇〇	連絡先	012-345-679

(備考) 事業の再開に係る届出にあっては、当
一覧表を添付してください。また、こ
組織体制図も併せて添付してください。

届出書類の内容について、確認させていただくことがありますので、ご担当者の氏名と連絡先を記入してください。