様式第８号の５（第３条の２関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止 |  |
| 休止 | 届出書 |
| 再開 |  |

年　　月　　日

（宛先）

埼玉県知事

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者 | | | | | | 所在地 | |  | |
|  | | | | | | 名称 | |  | |
|  | | | | | | 代表者氏名 | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |
|  | 廃止する |  | | | | | |
| 次のとおり事業を | 休止する | ので届け出ます。 | | | | | |
|  | 再開した |  | | | | | |
|  | | | 事業所番号 | | |  | |
| 廃止（休止・再開）に係る事業 | | | 名　称 | | |  | |
| 所在地 | | |  | |
| 廃止・休止・再開に係る年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 廃止・休止の理由 | | | |  | | | |
| 現に指定通所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　事業の再開に係る届出にあつては、当該事業所に係る職員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　再開の場合は、休止した事業を再開したときから１０日以内に届け出てください。

３　廃止又は休止の場合は、指定通所支援事業を廃止し、又は休止しようとする日の１か月前までに届け出てください。