第８号様式（第３条関係）

（第１面）

廃　止　・　休　止　届　出　書

年　　月　　日

　（宛先）大田区長

所在地

申請者　名　称

代表者氏名　　　　　　　　印

次のとおり指定を受けた事業を廃止・休止しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 番 号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 郵便番号 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止の別 | | 廃止・休止 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 現に指定計画相談支援及び指定障害児相談支援を受けている者に関する次に掲げる事項 | | | | | | | | | | | | |
| 現に指定計画相談支援又は指定障害児相談支援を受けている者に対する措置 | |  | | | | | | | | | | |
| 現に指定計画相談支援を受けている者の氏名、連絡先、受給者番号及び引き続き当該指定計画相談支援に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無(※１) | | | | | | 別紙に記載すること（指定特定相談支援事業所のみ）。 | | | | | | |
| 引き続き指定計画相談支援に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な計画相談支援を継続的に提供する他の指定特定相談支援事業所の名称(※２) | | | | | | 別紙に記載すること（指定特定相談支援事業所のみ）。 | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考

１　廃止又は休止の日の１か月前までに届け出てください。

２　※１及び※２については、指定特定相談支援事業所のみ別紙に記載してください（欄が不足する場合は、適宜複写して記入してください。）。

（第２面）

廃止・休止届出書　別紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | | | |
| 受 給 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 引続き当該指定計画相談支援に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無 | 有　・　無 | | | | | | | | | | |
| 上記「申出有り」の者に対し、必要な計画相談支援を継続的に提供する他の指定特定相談支援事業所の名称 |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | | | |
| 受 給 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 引続き当該指定計画相談支援に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無 | 有　・　無 | | | | | | | | | | |
| 上記「申出有り」の者に対し、必要な計画相談支援を継続的に提供する他の指定特定相談支援事業所の名称 |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | | | |
| 受 給 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 引続き当該指定計画相談支援に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無 | 有　・　無 | | | | | | | | | | |
| 上記「申出有り」の者に対し、必要な計画相談支援を継続的に提供する他の指定特定相談支援事業所の名称 |  | | | | | | | | | |