様式第9号(第7条関係)

年　　月　　日

　　障害福祉サービス事業等廃止(休止)届

(あて先)松江市長

所在地

届出者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

障害福祉サービス事業等を廃止（休止）するので、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業の種類 | | | 1　障害福祉サービス事業  　(サービスの種類　　　　　　　　　　　)  2　相談支援事業  3　移動支援事業  4　地域活動支援センターを経営する事業  5　福祉ホームを経営する事業 |
| 廃止  休止 | の予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 休止の予定期間 | | | 年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日まで |
| 廃止  休止 | | の理由 |  |
| 現に支援を受けている者に対する措置 | | |  |

　備考　1　届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。

　　　　2　「事業の種類」欄は、該当する番号を○で囲むこと。