第３号様式(第６条第２項)

習志野市地域生活支援事業廃止(休止・再開)届出書

令和　　年　　月　　日

習志野市長　宛て

届出者（事業者）※法人又は個人事業主

事業者名称

所　在　地

代表者職・氏名　　印

次のとおり事業の（☐廃止　☐休止　☐再開)をしましたので届け出ます。

事業を廃止・休止・再開した事業所（実際に事業を行う所）	登録事業所番号（日常生活用具給付等事業は除く）	
	名　　称	
	所　在　地	〒
廃止・休止・再開した事業種別（該当するものを☑してください）	☐日常生活用具給付等事業 ☐移動支援事業 ☐地域活動支援センター ☐訪問入浴サービス ☐日中一時支援	
廃止・休止・再開した年月日	年　　月　　日	
廃止・休止した理由（廃止・休止の場合のみ）		
現にサービスを受けていた者(日常生活用具等給付事業の場合は、現に販売を完了していない者)に対する措置（廃止・休止の場合のみ）		
休止予定期間（休止の場合のみ）	年　月　日～　　年　月　日	

備考

1　右上の届出者（事業者）欄には、法人の登記事項証明書に記載されている商号、本店、役員に関する事項を記入の上、法人の代表者印を押してください。

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は、勤務形態一覧表（参考様式①）を添付してください。

提出先、お問合せ先　〒275-8601　習志野市健康福祉部　障がい福祉課　電話047-453-9206（直通）