（日一実　様式第９号）

年　　月　　日

**豊中市障害者等日中一時支援事業廃止（休止・再開）届出書**

豊　中　市　長　　様

 申込者 所在地：

 名　称：

 代表者職名・名前：

　　豊中市障害者等日中一時支援事業について、次のとおり廃止（休止・再開）をしますので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名　称： |
| 所在地： |
| 指定番号： |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止　　・　　休止　　・　　再開 |
| （休止の場合）予定期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| （廃止又は再開の場合）廃止又は再開の年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止・休止の理由 |  |
| 現にサービス又は支援を受けていた利用者に対する措置（廃止・休止の場合のみ） |  |

<備 考> １．再開に係る届出の場合は、休止前の運営承認事項に変更がある場合は、「豊中市障害者等日中一時支援事業運営変更届」（日一実　様式第８号）を添付してください

２．必要に応じて関係書類を添付してください