　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　廃止

障がい児通所支援事業・障がい児相談支援事業　　　　　　届

休止

豊　田　市　長　様

届出者　住　所

名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

年　　月　　日付けで届け出た障がい児通所支援事業・障がい児相談支援事業を廃止・休止したいので、児童福祉法第３４条の３第４項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  |
| 事業種別 | |  |
| 廃止  休止 | 予定年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止  休止 | の理由 |  |
| 現に利用している者に対する措置 | |  |
| 休止予定期間 | | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。