様式第５号（第６条関係）

年　　月　　日

北上市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　所在地

名　称

代表者

基準該当障害福祉サービス事業廃止（休止・再開）届出書

次のとおり基準該当障害福祉サービス事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 |  |
| 廃止（休止・再開）した  事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 廃止・休止・再開した年月日 | | 年　　月　　日 |
| 廃止・休止した理由 | |  |
| 現に基準該当障害福祉サービスを受けていた者に対する措置（廃止・休止した場合のみ） | |  |
| 休止予定期間 | | 年　月　日～　年　月　日 |