

様式第9号の10の16（第7条の8の9関係）

指定障害児（通所・相談）支援事業再開・廃止・休止届出書

年 月 日

（宛先）旭川市長

申請者 主たる事務所の所在地  
名 称  
代表者の氏名

指定障害児通所支援事業 再開した 第21条の5の20第3項  
を 廃止する ので、児童福祉法 第21条の5の20第4項 の規定によ  
指定障害児相談支援事業 休止する 第24条の32第1項  
第24条の32第2項

により、次のとおり届け出ます。

		事業所番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
再開・廃止・休止する事業所	名称								
	所在地								
	事業の種類								
再開・廃止・休止年月日	年 月 日								
廃止・休止の理由									
廃止・休止した場合にあっては、現に指定障害児通所支援・指定障害児相談支援を受けている者に対する措置									
休止の場合にあっては、休止予定期間	年 月 日から								
	年 月 日まで								

- （注）1 事業の再開に係る届出であって、事業に係る従業員の勤務の体制及び形態が休止前と異なる場合には、その内容が分かる書類を添付してください。
- 2 事業を再開する場合は、事業の再開の日から10日以内に届け出てください。
- 3 事業を廃止し、又は休止しようとする場合は、現に指定障害児相談支援・指定障害児相談支援を受けている者に対する措置状況及びその関係書類を添えて、事業の廃止又は休止をしようとする日の1月前までに届け出てください。

様式第9号の10の16関係添付書類

指定障害児通所支援事業者等の廃止・休止に係る利用者等の措置状況

廃止（休止）する事業所	名 称	
	所 在 地	
	サービ ス種 類	
廃 止 ・ 休 止 年 月 日	年 月 日	

現に指定障害児通所支援事業等を受けている利用者等					
	利用者等の希望や意向の内容		利用調整の結果		
	利用者名	希望するサービス種類	異動先のサービス種類	異動先の事業所名称	異動(予定)年月日
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

(注) 1 現にサービスを受けている者全員について上記に記載してください。  
 2 記入欄が不足する場合は、行の追加又は別紙追加にて記載してください。  
 3 上記に記載されている利用者等に対して、その希望や意向等を聴取するために実施した個々の面談記録等も併せて提出してください。