様式第１４号（第８条関係）

障がい福祉サービス事業等廃止・休止届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入項目 | 記入欄 | |
|
| 廃止・休止  しようとする  事業 | 事業所名 |  |
| 事業所住所  電話番号 |  |
| 種類 | ・障がい福祉サービス事業（サービスの種類　　　　　　）  ・一般相談支援事業  ・特定相談支援事業  ・移動支援事業  ・地域活動支援センターを経営する事業  ・障がい児通所支援事業（サービスの種類　　　　　　）  ・障がい児相談支援事業 |
| 経　営　者 | 氏名又は名称 |  |
| 事務所の所在地又は住所 |  |
| 廃止・休止の理由 |  | |
| 当該サービスを  受けている者に  対する措置 |  | |
| 廃止・休止予定年月日 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |
| 休止予定期間 | 令和　　　年　　　　月　　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　　日 | |
| （障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律／児童福祉法）の規定により、  　　　　　　　　　　　　　　 廃止  障がい福祉サービス事業等を　　　　　　　しますので、上記のとおり届け出ます。  休止  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年 月 日  　　　　　　　　　　現に事業を行っている者又は設置者  事務所の所在地  名称  代表者の職・氏名  （宛先）高槻市長 | | |

様式第１４号（第８条関係）

障がい福祉サービス事業等廃止・休止届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入項目 | 記入欄 | |
|
| 廃止・休止  しようとする  事業 | 事業所名 | 生活介護　はにたん |
| 事業所住所  電話番号 | 高槻市○○町○○番○○号  ０７２－（６７４）－○○○○ |
| 種類 | ・障がい福祉サービス事業（サービスの種類　生活介護　）  ・一般相談支援事業  ・特定相談支援事業  ・移動支援事業  ・地域活動支援センターを経営する事業  ・障がい児通所支援事業（サービスの種類　　　　　　）  ・障がい児相談支援事業 |
| 経　営　者 | 氏名又は名称 | 社会福祉法人　たかつき |
| 事務所の所在地又は住所 | 高槻市○○町○○番○○号 |
| 廃止・休止の理由 | 法人内事業の統廃合のため。 | |
| 当該サービスを  受けている者に  対する措置 | 新事業所にて引き続きサービス提供を行う予定。 | |
| 廃止・休止予定年月日 | 令和　○○年　○○月　○○日 | |
| 休止予定期間 | 令和　　　年　　　　月　　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　　日 | |
| （障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律／児童福祉法）の規定により、  　　　　　　　　　　　　　　 廃止  受理が完了した日を記載していただくため、持参時は、空欄にしておいてください。  障がい福祉サービス事業等を　　　　　　　しますので、上記のとおり届け出ます。  休止  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年 月 日  　　　　　　　　　　現に事業を行っている者又は設置者  事務所の所在地　　　高槻市○○町○○番○○号  名称　　　　　　　　社会福祉法人　たかつき  代表者の職・氏名　　理事長　　〇〇　〇〇  （宛先）高槻市長 | | |

様式第１４号（第８条関係）

障がい福祉サービス事業等廃止・休止届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入項目 | 記入欄 | |
|
| 廃止・休止  しようとする  事業 | 事業所名 | 生活介護　はにたん |
| 事業所住所  電話番号 | 高槻市○○町○○番○○号  ０７２－（６７４）－○○○○ |
| 種類 | ・障がい福祉サービス事業（サービスの種類　生活介護　）  ・一般相談支援事業  ・特定相談支援事業  ・移動支援事業  ・地域活動支援センターを経営する事業  ・障がい児通所支援事業（サービスの種類　　　　　　）  ・障がい児相談支援事業 |
| 経　営　者 | 氏名又は名称 | 社会福祉法人　たかつき |
| 事務所の所在地又は住所 | 高槻市○○町○○番○○号 |
| 廃止・休止の理由 | 現任のサービス管理責任者が○○年○○月○日付で退職し、後任者の配置が困難なため。 | |
| 当該サービスを  受けている者に  対する措置 | 市内の指定生活介護事業所へ引継ぎを行いました。内訳は、別添一覧表のとおりです。 | |
| 廃止・休止予定年月日 | 令和　○○年　○○月　○○日 | |
| 休止予定期間 | 令和　○○年　○○月　○○日　～　令和　○○年　○○月　○○日 | |
| （障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律／児童福祉法）の規定により、  受理が完了した日を記載していただくため、持参時は、空欄にしておいてください。  　　　　　　　　　　　　　　 廃止  障がい福祉サービス事業等を　　　　　　　しますので、上記のとおり届け出ます。  休止  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年 月 日  　　　　　　　　　　現に事業を行っている者又は設置者  事務所の所在地　　　高槻市○○町○○番○○号  名称　　　　　　　　社会福祉法人　たかつき  代表者の職・氏名　　理事長　　〇〇　〇〇  （宛先）高槻市長 | | |