障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）廃止（休止）届出書

年　　月　　日

　　　香川県知事　　　　　殿

届出者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の指氏名）

　次のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）を廃止（休止）したいので届け出ます。

１　名称

２　種類

３　所在地

４　開始届出年月日

５　廃止（休止）の理由

６　現に便宜を受けている者又は通所している者に対する措置

７　廃止（休止）予定年月日

８　休止の予定期間

（注）

１　知事が必要と認める書類を添付すること。

２　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。