様式第６号（第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定移動支援事業者指定廃止・休止届指定移動支援事業者指定申請書

年　　月　　日

　　　坂出市長　殿

申請者　　　所在地

（設置者）　　名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　坂出市移動支援給付事業実施要綱第３条に基づき，下記のとおり事業の指定の廃止・休止をしましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃止・休止する事業所 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 指定を受けた年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 廃止・休止した年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 廃止・休止した理由 | 　 |
| 現に指定障害福祉サービスを受けていた者に対する措置 | 　 |
| 休止予定期間 | 年　 　月　　 日　から　　 　年　 　月　　 日 |

　（備考）

　　１　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　２　廃止・休止した日から10日以内に届け出てください。