（様式第３号）

生計困難者に対する支援相談事業　　廃止　・　休止　届

　　年　　月　　日

（あて先）八　尾　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名（法人名及び代表者の氏名）

　　　　電話番号

　　　　年　　月　　日に事業開始の届出を行った事業について、次のとおり　廃止　・　休止　するので、社会福祉法第69条第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 | |  | | |
| 施設の所在地 | |  | | |
|  | | |
|  |  |  |
| 事業廃止又は休止の  年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
|  | 休止予定期間  （該当する場合のみ） |  | | |
| 廃止又は休止の理由  （具体的に） | |  | | |
| 廃止又は休止後の処置 | |  | | |

【備考】

・休止していた事業を再開したときは、生計困難者に対する支援相談事業変更届（様式第２号）を提出してください。