様式第19号(第16条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 第　　　　　号  　　年　　月　　日  　福井県知事　様 | |
|  | 届出者  　住所  　氏名 |
| 市町にあつては市町長名、市町以外の法人にあつては主たる事務所の所在地および代表者の氏名 |
| 身体障害者生活訓練等事業等廃止(休止)届  　　　　　　事業を廃止(休止)しますので、身体障害者福祉法第26条第3項の規定により、下記のとおり届け出ます。  記  　1　廃止(休止)しようとする年月日  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　2　廃止(休止)の理由  　3　現に便宜を受けている者に対する措置  　4　休止しようとする場合にあつては休止の予定期間 | |

備考

　複数の種類の身体障害者生活訓練等事業等を廃止し、または休止する場合には、その種類ごとに廃止届または休止届を作成すること。