　　年　　月　　日

指定有効期間の短縮申出書

菊池市長　様

住　所

申請者（所在地）

　　氏　名

　　（名称及び代表者職・氏名）

第１号事業の指定事業者の指定（更新）の申請に当たり、当該事業の指定の有効期間については、当該事業と同一の事業所において一体的に運営する訪問介護事業、通所介護事業又は地域密着型通所介護事業の指定有効期間の満了の日（　　　年　　月　　日）までとすることを申し出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申出を行う事業所の状況 | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている  第１号事業の種類 | 予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスA  予防通所介護相当サービス・通所型サービスA | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所の所在地 |  | | | | | | | | | |

注）訪問介護事業、通所介護事業又は地域密着型通所介護事業の指定を受けている旨を証する書類（指定決定通知書など）の写しを添付してください。