様式第７号（第５条関係）

美作市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定有効期間の短縮申出書

令和　　年　　月　　日

美　作　市　長　　様

法人所在地

申請者　法人名称

代表者職氏名

美作市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定の更新にあたり、美作市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱第５条の規定により、次のとおり指定有効期間を短縮することを申し出ます。

今回有効期間を短縮し更新する事業所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | サービスの種類 |  |
| 事業所（ﾌﾘｶﾞﾅ） |  | | |
| 事業所名称 |  | | |
| 事業所所在地 | （〒　　　－　　　　　） | | |
| 有効期間満了日 | 令和　　年　　月　　日 | | |

上記事業所と一体的に運営する本体事業所等（指定有効期限が満了する事業所）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | サービスの種類 |  |
| 事業所（ﾌﾘｶﾞﾅ） |  | | |
| 事業所名称 |  | | |
| 事業所所在地 | （〒　　　－　　　　　） | | |
| 有効期間満了日 | 令和　　年　　月　　日 | | |

※有効期間の短縮の申出を行う事業所の指定更新申請書の提出日までに、本申出書を提出してください。（同日提出可）

※次のものを添付してください。

　既に受けている一体的に運営する指定訪問介護事業者、指定通所事業者又は指定地域密着型通所介護事業者等の指定（更新）通知書の写し。