第２号様式（第３条関係）

指定第１号事業者の指定の有効期間の短縮申出書

年　　月　　日

（宛先）柳井市長

　　　　　所在地

申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　現在受けている指定第１号事業者の指定の有効期間を短縮し、当該事業と同一事業所で一体的に運営する、指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業者の指定の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。

今回更新申請が対象の事業所（指定有効期間が満了する事業所）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類  ※該当サービスを〇で囲んでください | 訪問介護　　・　　通所介護　　・　　地域密着型通所介護 | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | |

※一体的に運営する指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業者の指定（更新）通知書の写しを添付してください。

上記事業所にあわせて更新する事業所（指定の有効期間を短縮する事業所）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類  ※該当サービスを〇で囲んでください | 訪問介護相当サービス　　・　　訪問型サービスA  通所介護相当サービス  通所型サービスA　　　　・　　通所型サービスC | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | |
| 有効期間満了日 |  | | | | | | | | | |