令和　　年　　月　　日

岩　国　市　長　様

指定第１号事業者の指定有効期間の短縮申出書

指定第１号事業者の指定の更新にあたり、現在受けている指定の有効期間を短縮し、当該事業と同一の事業所において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（令和　　年　　月　　日）までとすることを申し出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

申請者　名　　　　称

代表者の氏名

|  |
| --- |
| 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 | （ 訪問型 ・ 通所型 ）サービス（ タイプ１ ・ タイプ２ ） |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所の所在地 |  |

※「指定を受けている第１号事業の種類」の欄は、（　）内の該当するサービスに○印をつけてください。

※申出を行う短縮後の指定の有効期間の満了日の１月前までに提出してください。

※次のものを添付してください。

　①指定第１号事業者の指定（更新）通知書の写し

②一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