指定有効期間短縮願出書

　　年　　月　　日

あま市長　様

所在地

申請者

名　称

「あま市介護予防・日常生活支援総合事業」の指定有効期間を同一所在地において行う訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護の指定有効期間に合わせ短縮することを願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１号事業所種別 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 |  | |
| 当該事業所に係る指定状況 | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス名 | | 事業所番号 | | | | | | | | | | 指定年月日 | 指定有効期間 | 指定権者 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |