様式第２号（第３条関係）

指定有効期間の短縮申出書

　　年　　月　　日

山陽小野田市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護予防・生活支援サービス事業者の指定の更新に当たり、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同種サービス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。

　申出を行う事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 有効期間を短縮する介護予防・生活支援サービス事業の種類 |  | 予防給付型（訪問介護相当サービス） |
|  | 生活維持型Ⅰ(訪問型サービスＡ） |
|  | 予防給付型（通所介護相当サービス） |
|  | 生活維持型（通所型サービスＡ） |
|  | 短時間型（通所型サービスＡ） |
| 一体的に運営する同種サービスの種類 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 事業所番号 |  |

※申出を行う短縮後の指定の有効期間の満了の日の１月前までに提出してください。

※一体的に運営する同種サービスの種類が、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場合は、事業者指定（更新）通知書の写しを添付してください。