**蟹江町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者**

**指定有効期限を併せて更新する旨の申出書**

年　　月　　日

（あて先）蟹江町長

所　在　地

申請者　　名　　　称

代表者氏名

次の事業所について、指定の有効期限をあわせて更新を受けたいので申し出ます。

**今回更新申請が対象の事業所（指定有効期限が満了する事業所）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | | |
| サービス種類  ※該当サービスを○で囲んでください | 通所型サービス（現行相当型）・通所型サービス（緩和型）  訪問型サービス（現行相当型）・訪問型サービス（緩和型） | | | | | | | | | | |
| 有効期間満了日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |

**上記事業所に合わせて更新するサービス種類**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | |
| サービス種類  ※該当サービスを○で囲んでください | 通所型サービス（現行相当型）・通所型サービス（緩和型）  訪問型サービス（現行相当型）・訪問型サービス（緩和型） | | | | | | | | | | |
| 有効期間満了日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |