**指定有効期間短縮申出書**

年　　　月　　　日

（あて先）松本市長

主たる事務所の所在地

申請者　名称

代表者の職・氏名

「松本市介護予防・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 |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 有効期間満了日 | 年　　月　　日まで |

**上記事業所に合わせて更新する事業所**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | サービスの種類 |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 有効期間満了日 | 年　　月　　日まで |

**指定有効期間短縮申出書**

記入例

年　　　月　　　日

（あて先）松本市長

主たる事務所の所在地

申請者　名称

代表者の職・氏名

「松本市介護予防・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 | 〇○○○○○○○○〇 | サービスの種類 | 通所介護 |
| 事業所名称 | ○○デイサービス |
| 事業所所在地 | ○○○○〇 |
| 有効期間満了日 | 〇年〇月〇日まで |

**上記事業所に合わせて更新する事業所**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 〇○○○○○○○○〇 | サービスの種類 | 介護予防通所介護相当サービス |
| 事業所名称 | ○○デイサービス |
| 事業所所在地 | ○○○○〇 |
| 有効期間満了日 | 〇年〇月〇日まで　※現在の有効期間満了日を記載してください |