介護予防・日常生活支援総合事業　事業者指定の有効期間変更申出書

年　　月　　日

（宛先）秋田市長

所在地

申請者　名称

代表者の職氏名

下記の事業所について、指定の有効期間の変更を申し出ます。

**指定の有効期間を変更する事業所**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 指定サービス |  |

**指定の有効期間変更の基準とするサービス**

|  |  |
| --- | --- |
| サービス名 | * 訪問介護 * 第一号訪問事業（従前相当） * 通所介護 * 地域密着型通所介護 * 第一号通所事業（従前相当） |
| 指定有効期間 |  |

**指定の有効期間変更をするサービス**

|  |  |
| --- | --- |
| サービス名 | * 第一号訪問事業（従前相当） * 第一号訪問事業（訪問型サービスＡ） * 第一号通所事業（従前相当） |
| 指定有効期間 | 変更前：  変更後： |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス名 | * 第一号訪問事業（従前相当） * 第一号訪問事業（訪問型サービスＡ） * 第一号通所事業（従前相当） |
| 指定有効期間 | 変更前：  変更後： |