

# 記入例

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	1234567890
事業所名	秋田市ヘルパーサービス事業所
所在地	秋田市山王〇丁目〇番〇号
指定サービス	訪問介護、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)

指定を受けているサービスを記載してください。

## 指定の有効期間変更の基準とするサービス

サービス名	<ul style="list-style-type: none"><li>訪問介護<ul style="list-style-type: none"><li>第一号訪問事業(従前相当)</li></ul></li><li>通所介護<ul style="list-style-type: none"><li>地域密着型通所介護</li><li>第一号通所事業(従前相当)</li></ul></li></ul>
指定有効期間	平成25年8月1日～平成31年7月31日

## 指定の有効期間変更をするサービス

サービス名	<ul style="list-style-type: none"><li>第一号訪問事業(従前相当)</li><li>第一号訪問事業(訪問型サービスA)</li><li>第一号通所事業(従前相当)</li></ul>
指定有効期間	変更前：平成30年4月1日～平成36年3月31日 変更後：平成30年4月1日～平成31年7月31日

サービス名	<ul style="list-style-type: none"><li>第一号訪問事業(従前相当)</li><li>第一号訪問事業(訪問型サービスA)</li><li>第一号通所事業(従前相当)</li></ul>
指定有効期間	変更前：平成30年10月1日～平成36年9月30日 変更後：平成30年10月1日～平成31年7月31日

変更するサービスが複数の場合、2つ目の欄を使用してください。