指定の有効期間に関する確認書

平成　　年　　月　　日

上里町長　　　　あて

　　　　　　　　　　　（法人の主たる事業所の所在地、名称及び代表者氏名）

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

　下記１の事業の指定の有効期間の終了日について、下記２の事業の指定の有効期間の満了日と同日とすることを希望します。

記

１　申請する指定事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| サービス種別 | □上里町介護予防訪問介護（訪問型サービス（独自））  □上里町介護予防通所介護（通所型サービス（独自））  □上里町介護予防通所介護（通所型サービス（独自/定率）） |

２　申請する事業所と一体的に運営する訪問介護・通所介護・地域密着型通

所介護事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| サービス種別 | 訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護 |
| 指定の有効期間（※） | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日（終了日） |

※申請する事業所と一体的に運営するサービス事業所の指定通知書（写）

を添付してください