（参考様式10）

指定第１号事業者の指定有効期間の短縮申出書

令和　　年　　月　　日

八千代町長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

申請者　名　称

代表者氏名

指定第１号事業者の指定の更新にあたり、現在受けている指定の有効期間を短縮し、当該事業と同一の事業所において一体的に運営する指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業者の指定の有効期間の満了の日までとすることを申し出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申出を行う事業所の状況 | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている  第１号事業の種類 | □　指定訪問介護相当サービス  □　指定通所介護相当サービス | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所の所在地 |  | | | | | | | | | |
| 当該事業と同一の事業所において一体的に運営する指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定地域密着通所介護事業者の指定有効期間満了日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |

※申出を行う短縮後の指定の有効期間の満了日の１月前までに提出してください。

※この様式に次の書類を添付して提出してください。

　１　指定第１号事業者の指定（更新）通知書の写し

２　一体的に運営する指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定地域密着

　型通所介護事業者の指定（更新）通知書の写し