指定の有効期間に関する確認書

　　年　　月　　日

本庄市長　あて

　所在地

　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

名　称

　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　指定（更新）申請する介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| サービス種別 | ・訪問型サービス（介護予防訪問介護相当）・通所型サービス（介護予防通所介護相当） |

２　上記１のサービス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（※） | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（終了日） |

※上記２のサービス事業所の指定通知書（写）を添付してください。