

長岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者  
指定有効期間の短縮申出書

年 月 日

(あて先) 長岡市長

申請者 所在地  
名称  
代表者の職・氏名

下記に示した事業所について、指定の有効期間満了日をあわせて指定（更新）を受けたいので申し出ます。

申出を行う事業所

介護保険事業所番号 <small>※すでに指定を受けている場合</small>										
介護予防・生活支援 サービスの種類 <small>※該当サービスにチェックしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問サービス <input type="checkbox"/> 介護予防通所サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービスA（緩和型）くらし元気アップ事業									
事業所名										
事業所の所在地	(郵便番号 — ) 都府 郡市 道県 区 <small>(ビル・マンションの名称等)</small>									

上記事業所と同一事業所内で指定を受けているサービス事業所

すでに指定を受けている サービスの種類	
事業所名	
有効期間満了日	

※指定（更新）通知書の写しを添付してください。