**指定有効期限を合わせて更新する旨の申出書**

年　　月　　日

郡山市介護保険課

　　　　　　　　　　所在地

申請者　法人名

代表者職氏名

下記に示した事業所について、指定の有効期限を合わせて更新を受けたいので申し出ます。

記

**１．今回更新申請が対象の事業所（指定有効期限が満了する事業所）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| サービスの種類 |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 指定有効期限満了日 |  |

**２．上記事業所に合わせて更新する事業所番号が同じ同種のサービス**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所番号 | サービス種類 | 指定有効期限満了日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |