介護保険法による指定の更新の有効期限の定めに関する

弾力的な運用についての確認書

年　　　月　　　日

新宮市長　様

所　在　地

申請者

名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

下記のとおり、指定の有効期限が未了のサービスについて、今後の指定更新時の手続きを一本化するため、今回有効期限が満了となるサービスと併せて更新することを希望します。

記

有効期限未了のサービス

■ 該当するサービスの数字に○を付けてください。

１．指定地域密着型サービス事業　　２．指定地域密着型介護予防サービス事業

３．指定居宅介護支援事業　　　　　４．指定介護予防支援事業

５．地域支援事業の第１号事業　　　６．その他（　　　　　　　　　　　　　）

■ 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■ 事業所番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

有効期限満了のサービス

■ 該当するサービスの数字に○を付けてください。

１．指定地域密着型サービス事業　　２．指定地域密着型介護予防サービス事業

３．指定居宅介護支援事業　　　　　４．指定介護予防支援事業

５．地域支援事業の第１号事業　　　６．その他（　　　　　　　　　　　　　）

■ 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■ 事業所番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）