

指定有効期間満了日の1か月前までに申し出をしてください。

指定更新申請をしないとする旨の申出書

令和〇年 〇〇月 〇〇日

立川市長 殿

所在地 立川市錦町〇-〇-〇
事業者
名 称 株式会社〇〇総合事業

代表者の職・氏名 代表取締役 立川 花子

介護予防・日常生活支援総合事業について指定更新に係る申請をしないとする旨を申し出ます。

		事業所番号	1	3	7	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
指定更新に係る申請をしないとする事業所		名 称	〇〇総合事業ヘルプサービス									
		所在地	立川市栄町〇-〇-〇									
申出に係るサービスの種類	☒ 訪問型	☒ 身体介助 ☐ 家事支援 ☐ 1日デイ ☐ 半日デイ										
	☐ 通所型											
申出に係るサービスの指定有効期間満了日		令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日										
指定更新に係る申請をしないとする理由		利用者が見込めないため。										
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置		現在、総合事業の利用者はありません。										
		利用者の引き継ぎ先を記載してください。別紙（任意の様式）で作成し、添付することも可能です。										