**有効期限をあわせて更新する旨の申出書**

年　　月　　日

松原市長　殿

（主たる事務所の所在地）

（申請者の名称）

（代表者の職名・氏名）

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

**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）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | サービスの種類 |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 指定有効期間満了日 |  | | | | | | | | | | | |

**上記事業所に合わせて更新する事業所**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | サービスの種類 |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 指定有効期間満了日 |  | | | | | | | | | | | |