（参考様式１０）

有効期間調整希望申出書

老人居宅生活支援事業開始届

年　　月　　日

東三河広域連合長　様

住　所

（主たる事務所の所在地）

氏　名印

（法人名称及び代表者職名・氏名）

今回申請する事業の指定有効期間満了日を、同一所在地で既に指定を受けている事業の有効期間に合わせることを希望します。

１．今回申請する事業

事業の種類　　　介護予防訪問サービス　・　広域型訪問サービス

介護予防通所サービス　・　広域型通所サービス

２．同一所在地で既に指定を受けている事業

事業の種類　　　訪問介護　・　通所介護　・　地域密着型通所介護

介護保険事業所番号

指定年月日　　　　　　年　　　月　　　日

期間満了年月日　　　　　　年　　　月　　　日

備考

・「事業の種類」は該当するものに○を付けてください。