（参考様式９）

波佐見町介護予防・日常生活支援総合事業（みなし）

指定の更新を行わない旨の届出書

平成　　年　　月　　日

波佐見町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記のとおり、波佐見町総合事業（みなし）指定の更新を行わない旨を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 波佐見町総合事業（みなし）指定の更新を行わない事業所 | 事業所番号 |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 指定更新を行わないサービスの種類 | 　□　訪問型サービス（みなし）　□　通所型サービス（みなし） |
| 指定更新を行わないサービスの指定有効期間満了日 | 　平成　　　年　　　月　　　日 |
| 指定更新を行わない理由 |  |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 |  |
| ※対象者数　　　　人（平成　　年　　月　　日時点） |