東海村の介護予防・日常生活支援総合事業，地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスの事業者指定における指定日遡及適用に係る申請書

東海村長　殿

　　　　　　　届出者　住　所

法人名

　　　　　　　　代表者　　　 　 印

　　　　 　事業所管理者 印

　東海村の事業者指定において，下記のとおり指定日の遡及適用を受けたいので，次の通り申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 管理者 |  |
| 指定を受ける  サービス |  |
| 指定希望日 | 年　　　　　月　　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 遡及することになった  経緯・原因 | □認定結果が要介護から要支援（事業対象者）になったため  □その他（下の欄に要因を詳細に記載してください） |
|  |
| 改善策 | ※「認定結果が要介護から要支援（事業対象者）になったため」を選択している場合は記載不要です。 |