様式第２号（第10条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

湯沢市長

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（不指定）通知書

　　　　　　年　　月　　日付けで申請のありました事業者の指定について、次のとおり決定しましたので通知します。

　１．指定します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請事業者の名称 |  |
| 代表者の氏名 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 指定年月日 |  |
| 指定期間 | 年　月　日から　　　年　月　日まで |
| サービスの種類 |  |
| 事業所番号 |  |

　２．指定しません。

　　　（理由）

（注）

　この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して３月以内に市長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して６月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、　この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６月以内に提起しなければなりません。