

指定辞退届出書

年 月 日

知事(市長)殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号																					
	法人番号																					
サービスの種類																						
指定を辞退する施設	名称																					
	所在地																					
指定を受けた年月日	年			月			日															
指定を辞退する年月日	年			月			日															
指定を辞退する理由																						
現に施設に入所している者に対する措置																						

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

※本様式は、指定介護老人福祉施設の指定の辞退を行う際の届出書です。