

指定辞退届出書

年 月 日

市(区・町・村)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											
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。