

指定辞退届出書

年 月 日

町田市長 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								
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。