

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 | ..... |
|                    | 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。