指定辞退届出書

在	B	В
-	7	\vdash

楢葉町長

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	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。