別紙様式第一号（四）

指定を不要とする旨の申出書

年　　月　　日

所在地

楢葉町長

申請者　名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

介護保険事業所番号	
医療機関コード等	
法人番号	

名称		
施設種別		
所在地		
開設者	氏名	
	住所	
管理者	氏名	
	住所	
申出に係る居宅サービスの種類		訪問看護
		介護予防訪問看護
		訪問リハビリテーション
		介護予防訪問リハビリテーション
		居宅療養管理指導
		介護予防居宅療養管理指導
		通所リハビリテーション
		介護予防通所リハビリテーション
		短期入所療養介護
		介護予防短期入所療養介護

備考　申出を行う居宅サービスについて〇印を付してください。