## 指定辞退届出書

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。

|                    | 介護保険事業所番号 |       |   |   |  |
|--------------------|-----------|-------|---|---|--|
|                    | 法人番号      |       |   |   |  |
|                    | 名称        |       |   |   |  |
| 指定を辞退する施設          | 所在地       |       |   |   |  |
| <br> 指定を受けた年月日     |           | <br>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。