様式－指定取下

指　定　申　請　取　下　げ　届　出　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平　　年　　　月　　　日

　　　　豊　中　市　長　　様

所 在 地

届 出 者　　　名　　称

代 表 者

次のとおり指定申請を取り下げたいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号  （番号が決定している場合） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定申請を取り下げる施設 | 名　称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 指定予定年月日 | 年　　 　月　 　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 指定申請を取り下げる年月日 | 年　　 　月　　 　日 | | | | | | | | | | | | |
| 指定申請を取り下げる理由 |  | | | | | | | | | | | | |

※備考：指定を受ける日の１週間前までに必ず届け出てください。