様式－指定辞退

指 定 辞 退 届 出 書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平　　年　　　月　　　日

　　　　豊　中　市　長　様

所 在 地

届 出 者　　　名　　称

代 表 者

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。