　　指定地域密着型サービス事業所

　　指定地域密着型介護予防サービス事業所　指定辞退届出書

年　　月　　日

　　　須賀川市長

住　所

申請者　名　称　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　　次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | | | | | | | | |

　注　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。