指定辞退届出書

年　　月　　日

　田村市長　様

所在地

事業者　　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ヶ月前までに届け出てください。