様式第４号（第４条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業者

指 定 辞 退 届 出 書

　　　年　　　月　　　日

　　中新川広域行政事務組合　管理者　宛

所在地

事 業 者　　名　称

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。