

指定辞退届出書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号										
	法人番号										
サービスの種類											
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。

※本様式は、指定介護老人福祉施設の指定の辞退を行う際の届出書です。