様式第６号(第６条関係)

指定辞退届出書

年　　月　　日

古殿町長

所在地

届出者　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 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定を辞退する事業所 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 届出書担当者 |  | | | 連絡先 | | | |  | | | | | | | |

　備考　指定を辞退する日の１月前までに届け出ること。