様式第４号（第７条関係）

明和町介護予防・日常生活支援総合事業

第１号事業者指定辞退届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

明和町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事務所の所在地

届出者　　名　称

代表者の職及び氏名　　　　　　　　　　印

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。