別紙様式第二号（六）

指定辞退届出書

年　　月　　日

市（区・町・村）長殿

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	
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。