

別紙様式第二号(六)

指定辞退届出書

年 月 日

所在地

市(区・町・村)長殿

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ヶ月前までに届け出てください。