様式第５号（第４条関係）

指定地域密着型（介護予防）サービス事業所　指定辞退届出書

年　　月　　日

　　岩内町長　様

所在地

事業者　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定を辞退する事業所 | 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。