

指定辞退届出書

年 月 日

（宛先） 鈴鹿亀山地区広域連合長

所在地

事業者 名 称 印

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。