様式第４号（第４条関係）

指定辞退届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　森町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（名称及び代表者氏名）

　　　　　　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 |  |

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。