

指定辞退届出書

年 月 日

稲城市長 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。