様式第７号（第７条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業

指定事業者指定辞退届出書

年　　月　　日

川根本町長　　　　　様

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

指定事業者の指定を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定を辞退する事業所 | 所在地 | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | | | | | | | | | |
| 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。