指定辞退届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

北秋田市長　様

住所

開設者　（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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。