

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所 指定辞退届出書

年 月 日

四日市市長

所在地

事業者 名称

代表者氏名

介護保険法の規定に基づき、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																			

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

この届出についての連絡先

担当者：

TEL：

FAX：