別紙様式第一号（八）

# 指定辞退届出書

年　　月　　日

知事（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 | |
| サービスの種類 | | |
| 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。

※本様式は、指定介護老人福祉施設の指定の辞退を行う際の届出書です。