

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

所在地
知事(市長)殿
申請者 名称
代表者職名・氏名

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

	介護保険事業所番号	
	医療機関コード等	
	法人番号	
名称		
施設種別		
所在地		
開設者	氏名	
	住所	
管理者	氏名	
	住所	
申出に係る居宅サービスの種類	<input type="checkbox"/>	訪問看護
	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問看護
	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション
	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問リハビリテーション
	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/>	介護予防居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/>	介護予防通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所療養介護

備考 申出を行う居宅サービスについて○印を付してください。