指定を不要とする旨の申出の取下げ書

年　　月　　日

　　佐賀県知事　様

　　　　　　　　　　開設者　所　在　地：

名　　　　称：

　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名：

　　年　　月　　日付けの下記の指定を不要とする旨の申出を取り下げます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 指定を不要とする旨（別段）の申出の取下げに係る居宅サービスの種類 | □訪問看護　　　　　　　□介護予防訪問看護□訪問リハビリテーション　□介護予防訪問リハビリテーション□居宅療養管理指導□介護予防居宅療養管理指導□通所リハビリテーション□介護予防通所リハビリテーション□短期入所療養介護　　　□介護予防短期入所療養介護 |
| 医療機関・薬局コード介護保険事業所番号 | 　 |
| 取下げ日（事業開始予定日） | 年　　月　　日 |

備考　　取り下げるサービスが事業実施予定のサービスです。

（添付書類）

取下げ対象サービスの介護給付費算定に係る体制等に関する届出書類一式

書類作成担当者：

連絡先：