様式第4号(第4条関係)

指定地域密着型サービス事業所

指定地域密着型介護予防サービス事業所指定辞退届出書

年　　月　　日

小野町長　様

所在地

事業者　　名称　　　　　　　　　　　　印

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 | 　 |

注　指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。