

指定辞退届出書

平成 年 月 日

宮古島市長 殿

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 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 指定を辞退する年月日 | 平成 | 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ヶ月前までに届け出てください。