様式第１１号（第８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

石巻市長　　　　　　　　　殿

所在地

開設者　名　称

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |

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。