様式第４号（第６条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定辞退届出書 | | | | |
| 年　　月　　日  筑西市長　　様  （事業所）所在地  　名称  代表者名  　指定を辞退したいので、次のとおり届け出ます。 | | | | |
| 指定を辞退する施設 | | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | | |
| 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。