

（あて先） 浜松市長

住 所  
〔所在地〕

届出者 氏 名  
〔名称及び  
代表者氏名〕

印

〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

指定辞退届出書

指定地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設の指定を辞退したいので、介護保険法第78条の8・第91条・平成18年改正前介護保険法第113条の規定により、次のとおり届け出ます。

記

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

指定を辞退する施設	名 称								
	所 在 地	(郵便番号 - )							
	電 話 番 号								
事 業 等 の 種 類									
指定を受けた年月日									
指 定 を 辞 退 す る 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									