

記載例

指定辞退日の、1 カ月以上前に介護保険課へ提出してください。

●●年●●月●●日

第9号様式（第8条関係）

（あて先） 浜松市長

届出者 氏名 静岡県浜松市中区元城町●●●-●●●
 [所在地]
 医療法人社団●●●●●●
 [名称及び代表者氏名] 理事長 ●●●●●●

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 2 2 ●●●●●●●●●●

| | | |
|--------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 指定を辞退する施設 | 名称 | ●●●介護療養型医療施設 |
| | 所在地 | (郵便番号●●●-●●●●●) 浜松市●●区●●●町●●●-●●● |
| | 電話番号 | ●●●●-●●●●-●●●● |
| 事業等の種類 | 介護療養型医療施設 | |
| 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 | (例) 介護医療院へ転換するため | |
| 現に施設に入所している者に対する措置 | (例) 介護医療院で引き続き受け入れ予定 | |