様式第４号（第４条関係）

**指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所**

**指定辞退届出書**

　　　　年　　　　月　　　　日

中新川広域行政事務組合　管理者 様

所在地

事業者　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 | |  | | | | | | | | | | |

注　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。