第１０号様式（第５条関係）

指定辞退届出書

年　　　月　　　日

鎌ケ谷市長 　　　　　　　　　　　　　 　　　　住所

開設者 （所在地）

氏名

（名称及び代表者氏名）

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。