様式第５号（第５条関係）

新宮市介護予防・日常生活支援総合事業

第１号事業者 指定辞退届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　(あて先)

新宮市長　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

申請者

　　　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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | | | |
| 届 出 書 担 当 者 |  | 連　絡　先 | | | | |  | | | | | | |

備考　指定を辞退する日の１月前までに届け出ること