別記様式第5号(第4条関係)

指定地域密着型サービス事業所辞退届出書

年　　月　　日

　(あて先)栃木市長

所在地

事業者

名称

　次のとおり指定を辞退したいので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。