様式第７号（第７条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定辞退届出書

年　　月　　日

高根沢町長

所在地

届出者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定を辞退する事業所 | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | |
| 現に施設を指定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。