様式第7号(第5条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 松浦市指定地域密着型サービス事業所・松浦市指定地域密着型介護予防サービス事業所 | 指定辞退届出書 |

年　　月　　日

　松浦市長　　　　　　　　　　様

所在地

申請者　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 | | 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た者に対する措置 | |  | | | | | | | | | | |

備考　指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。