

## 八幡浜市指定地域密着型（介護予防）サービス指定辞退届出書

平成 年 月 日

八幡浜市長 殿

所在地

事業者 名称

印

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	平成 年 月 日	
指定を辞退する年月日	平成 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。