

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

九重町長 殿

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									
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止する場合のみ)									

(注) 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。