様式第８号（第９条関係）

年　　月　　日

河内町長　　　　　　様

申請者　所在地

法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　㊞

指定事業者指定辞退届出書

　次のとおり指定事業者の指定を辞退したいので，届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定を辞退する事業所 | 介護保険事業所番号 | |  |
| 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 | |  | |
| 現に事業所を利用している者に  対する措置 | |  | |

備考

１　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。