　様式第８号（第８条関係）

　　小川町介護予防・日常生活支援総合事業指定辞退届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　小川町長　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定を辞退する施設 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 指定を受けた年月日 | 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。