様式第6号（第６条関係）

藤井寺市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定辞退届出書

年 月 日

藤井寺市長 様

　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　　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  事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を辞退する事業所 | 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る者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |

注 指定を辞退しようとする日の１月前までに届け出てください。