

様式第8号

提出担当者	連 絡 先	TEL FAX
	氏 名	

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

(あて先) 新 潟 市 長

届出者 郵便番号
住所
氏名
(法人にあつては、
名称及び代表者の職・氏名)
電話番号

指定介護老人福祉施設

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

の指定を辞退したいので、下記のとおり、届け出ます。

記

介護保険事業所番号										
届出に係る施設	名称									
	開設の場所									
指定年月日	年 月 日									
指定辞退年月日	年 月 日									
指定を辞退する理由										
現に入所し、又は入院している者に対する措置										
その他参考となる事項										