様式第10号（第７条関係）

野洲市介護予防・日常生活支援総合事業指定辞退届出書

年　　月　　日

　 野洲市長　様

所在地

事業者　　名称

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　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。