別記様式第４号（第４条関係）

指　定　辞　退　届　出　書

令和　　年　　月　　日

浦幌町長　様

所在地
申請者　名　称
代表者

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業者番号
指定を辞退する事業所（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	令和　　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た者（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。