別記第４号様式（第４条関係）

指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所　変更届出書

年　　月　　日

富良野市長　様

住　所

事業者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに

名称及び代表者の氏名）

　　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 | |  | | | | | | | | | | |

　備考　１　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。