様式第１１号（第７条関係）

**指定辞退届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人以外にあっては、住所及び氏名）

　介護保険法第７８条の８（同法第９１条）の規定による指定の辞退をしたいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険  事業者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | |
|  | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | |
|  | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |

備考　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。