

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

知事(市長)殿 所在地
 申請者 名称
 代表者職名・氏名

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

		介護保険事業所番号																		
		医療機関コード等																		
		法人番号																		
名称																				
施設種別																				
所在地																				
開設者	氏名																			
	住所																			
管理者	氏名																			
	住所																			
申出に係る居宅サービスの種類	<input type="checkbox"/> 訪問看護																			
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護																			
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション																			
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション																			
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導																			
	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導																			
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション																			
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション																			
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護																			
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護																			

備考 申出を行う居宅サービスについて○印を付してください。