

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。