指定を不要とする旨の申出の取下げ書

　　年　　月　　日

　福井県知事　殿

　　　　　　　　　　　開設者　所　在　地：

名　　　　称：

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名：

　　年　　月　　日付けで申し出た，次のみなし指定サービスに係る「指定を不要とする旨の申出書」を取り下げます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取下げ対象の事業所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 指定を不要とする旨（別段）の申出の取下げに係る対象サービスの種類 | □　（介護予防）訪問看護□　（介護予防）訪問リハビリテーション□　（介護予防）居宅療養管理指導□　（介護予防）通所リハビリテーション□　（介護予防）短期入所療養介護 |
| 医療機関番号（介護老人保健施設及び介護医療院については介護保険事業所番号） | 　 |
| 取下げ日（事業開始予定日） | 　　　年　　　月　　　日 |
| 今回の取下げ理由 |  |

（添付書類）

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書類一式