様式第3号の2(第3条の2関係)

指定障害者支援施設指定辞退届出書

　　年　　月　　日

　　福井県知事　様

住所

設置者　名称

代表者氏名

　指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第47条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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

　指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。