

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

新潟市長殿 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○印を付けてください。