

指定を不要とする旨の申出書

令和 ○ 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		1	5	1	0	1	●	●	●	●	●
医療機関コード等				0	1		●	●	●	●	●
法人番号		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
名称	▲▲▲▲病院										
施設種別	医科(病院)										
所在地	新潟市■■区○○町1-2-3										
開設者	氏名	医療法人□□会									
	住所	新潟市■■区○○町1-2-3									
管理者	氏名	新潟 太郎									
	住所	新潟市■■区○○町3-2-1									
申出に係る居宅サービスの種類	<input type="radio"/>	訪問看護									
	<input type="radio"/>	介護予防訪問看護									
	<input type="radio"/>	訪問リハビリテーション									
	<input type="radio"/>	介護予防訪問リハビリテーション									
	<input type="radio"/>	居宅療養管理指導									
	<input type="radio"/>	介護予防居宅療養管理指導									
	<input type="radio"/>	通所リハビリテーション									
	<input type="radio"/>	介護予防通所リハビリテーション									
	<input type="radio"/>	短期入所療養介護									
	<input type="radio"/>	介護予防短期入所療養介護									

備考 申出を行う居宅サ について○印を付けてください。

みなし指定を受けない(当該サービスを実施する意向がない)サービスの種類の箇所に○を付けます。  
薬局・歯科は居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導のみが対象です。