

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	<input checked="" type="radio"/>							
医療機関コード等			0	1	<input checked="" type="radio"/>								
法人番号	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

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 申出を行う居宅サービスについて○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。