

(別紙様式)

指定を不要とする旨の申出の取下げ書

年 月 日

佐賀県知事 様

開設者 所在地：
名称：
代表者職氏名：

年 月 日付けの下記の指定を不要とする旨の申出を取り下げます。

記

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	
医療機関・薬局コード 介護保険事業所番号		
取下げ日 (事業開始予定日)	年 月 日	

備考 取り下げるサービスが事業実施予定のサービスです。

(添付書類)

取下げ対象サービスの介護給付費算定に係る体制等に関する届出書類一式

書類作成担当者：

連絡先：