様式第4号

# 生活保護法指定介護機関
# 中国残留邦人等支援法指定介護機関　辞退届書

捨印

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく指定介護機関について、次のとおり届け出ます。

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 介護保険事業者番号 | 1 | 3 | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | |
| 事業所の所在地 | 〒 |

**【事業の種類】**　**辞退**するサービスの種類に○を印してください。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 居宅介護 | □ | 訪問介護 | 介護予防 | ＼ | | 地域密着型サービス | □ | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| | □ | 訪問入浴介護 | | □ | 介護予防訪問入浴介護 | | □ | 夜間対応型訪問介護 |
| | □ | 訪問看護 | | □ | 介護予防訪問看護 | | □ | 地域密着型通所介護 |
| | □ | 訪問リハビリテーション | | □ | 介護予防訪問リハビリテーション | | □ | 認知症対応型通所介護 |
| | □ | 居宅療養管理指導 | | □ | 介護予防居宅療養管理指導 | | □ | 介護予防認知症対応型通所介護 |
| | □ | 通所介護 | | ＼ | | | □ | 小規模多機能型居宅介護 |
| | □ | 通所リハビリテーション | | □ | 介護予防通所リハビリテーション | | □ | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| | □ | 短期入所生活介護 | | □ | 介護予防短期入所生活介護 | | □ | 認知症対応型共同生活介護 |
| | □ | 短期入所療養介護 | | □ | 介護予防短期入所療養介護 | | □ | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| | □ | 特定施設入居者生活介護 | | □ | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | □ | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| | □ | 福祉用具貸与 | | □ | 介護予防福祉用具貸与 | | □ | 看護小規模多機能型居宅介護 |
| | □ | 特定福祉用具販売 | | □ | 特定介護予防福祉用具販売 | 介護予防・日常生活支援 | □ | 訪問型サービス |
| 施設 | □ | 介護老人保健施設 | | □ | 居宅介護支援 | | □ | 通所型サービス |
| | □ | 介護療養型医療施設 | | □ | 介護予防支援 | | □ | その他の生活支援サービス |
| | □ | 介護医療院 | | | | | □ | 介護予防ケアマネジメント |

| | |
|---|---|
| 辞退年月日 | 年　　月　　日 |
| サービス受給者等の措置状況 | |

年　　月　　日

**東京都知事　殿**

**【届出者（開設者）】**

**法人の主たる事務所の所在地**（個人の場合は自宅住所）

〒

**法人の名称**（個人の場合は個人氏名）

**代表者職氏名**

（印）　法人の場合は法人代表者印（丸印）

連絡先電話番号 TEL（　　－　　－　　）／担当者氏名（　　）

【届出書の提出先】〒163-8001　東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都福祉保健局生活福祉部保護課介護担当　宛