指定を不要とする旨の申出の取下げ書

年　月　日

　　福島県知事　様

　　　　　　　　　　開設者　所　在　地：

名　　　　称：

　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名：

下記のサービスの指定を不要とする旨の申出を取り下げ、（　医療　・　施設　）みなしのサービスを実施します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 事業実施予定のサービス種別 |  |
| 医療機関番号又は介護保険事業所番号 |  |
| 事業開始予定日 | 年　月　日 |

備考　①以下の添付書類を提出いただく必要があることから、事業開始予定日の属する月の**前月15日までに**、**（介護予防）短期入所療養介護**については**前月まで（月の初日から開始する場合は初日まで）**に、所管する**保健福祉事務所**までご提出ください。

　②介護予防サービスも実施する場合は、その旨明記してください。

　例：サービス種別に「訪問看護」と記載があった場合、介護予防訪問看護のみなし指定は行われません。一方、「（介護予防）訪問看護」など介護予防サービスも記載されていれば、訪問看護と介護予防訪問看護両サービスのみなし指定を行います。

（添付書類）

事業を実施する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：