

指定障害者支援施設指定辞退申出書										
										年 月 日
愛媛県知事 様										
主たる事務所の所在地 設置者 名 称 代表者の氏名										
										事業者番号
指定を辞退する施設										名 称
										設置の場所
指定を受けた年月日										年 月 日
指定を辞退する年月日										年 月 日
指定を辞退する理由										
現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置										

注1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

2 記入欄が不足する場合は、別葉に記載して添付すること。

3 指定を辞退する日の3月前までに届け出ること。

4 現に当該施設障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに当該サービスの提供を希望する者に対し必要な施設障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害者支援施設等の名称を記載した書類を添付すること。