**指 定 辞 退 届 出 書**

年 月 日

（あて先）八戸市長

住　所（所在地）

設　置　者

氏　名（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事 業 所 番 号 | |  |
| 指定を辞退する施設 | 名 称 | | |
| 所 在 地 | | |
| 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 | |  | |
| 現に施設に入所している者に対する措置 | |  | |

（注）障害者支援施設は指定を辞退する日の３月前までに届け出てください。