

指定障害者支援施設辞退申出書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請者 主たる事務所の所在地
 名 称
 代表者の氏名

印

指定障害者支援施設の指定を辞退したいので申し出ます。

		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) 指定を辞退する場合は、現に指定施設障害福祉サービスを受けている者に対する措置状況及びその関係書類を添えて、3月前までに届け出てください。

様式第20号の2関係添付書類

指定障害者支援施設の辞退に係る利用者等の措置状況

指 定 を 辞 退 す る 施 設	名 称	
	所 在 地	
	サービ ス 種 類	
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日	

現に指定施設障害福祉サービスを受けている利用者等					
	利用者等の希望や意向の内容		利用調整の結果		
	利用者名	希望するサービス種類	異動先のサービス種類	異動先の施設等名称	異動(予定)年月日
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

(注) 1 現にサービスを受けている者全員について上記に記載してください。
 2 記入欄が不足する場合は、行の追加又は別紙追加にて記載してください。
 3 上記に記載されている利用者等に対して、その希望や意向等を聴取するために実施した個々の面談記録等も併せて提出してください。