別記様式第５号(第６条関係)

　　年　　月　　日

（宛先）新潟市長

元気力アップ・サポーター受入協力機関指定辞退届出書

　　新潟市元気力アップ・サポーターの受入協力機関の指定を辞退します。

【届出者】

|  |
| --- |
| 事業所（名　称） |
| 介護保険事業所番号 |
| 郵便番号 |
| 住　所 |
| 代表者氏名 |
| （法人名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | □介護老人福祉施設  □介護老人保健施設  □介護医療院  □認知症対応型共同生活介護  □短期入所生活介護  □短期入所療養介護  □通所介護  □通所リハビリテーション  □認知症対応型通所介護 | □小規模多機能型居宅介護  □看護小規模多機能型居宅介護  □特定施設入居者生活介護  □保育園  □障がい者支援施設等（入所・通所）  □公民館  □図書館  □病院  □その他市長が必要と認める施設、事業所等 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受入協力機関指定番号 | 返却スタンプNO |
|  |  |

|  |
| --- |
| 市確認欄 |
| スタンプ返却年月日  　　年　　月　　日 |

※市が貸与している活動確認スタンプと併せて提出して下さい。