

記入例

地域密着型サービス外部評価実施回数の緩和に係る申請書

石川県知事 様  
(市町経由)

所在地 中能登町●●  
法人名 ●●  
代表者 ●●

下記事業所について、外部評価の実施回数の緩和の適用を受けたいので、申請します。

サービスの種類	認知症対応型共同生活介護	事業所番号	●●●●●
<p>■ 外部評価の緩和を受けた年度(④)は「実施回数緩和期間」と記入する。          ■ 外部評価を受けた年度については、その年月日を記入する。          ■ 過去に実施回数の緩和を受けている場合、前1年分の外部評価の結果のみ添付する。</p>			
		確認欄	確認欄
1	過去に外部評価を5年間継続して実施している。	① 平成30年11月1日 ② 令和元年11月1日 ③ 令和2年11月1日 ④ 実施回数緩和期間 ⑤ 令和4年11月1日	○
2	「自己評価及び外部評価」及び「目標達成計画」を市町に提出している。		○
3	運営推進会議が過去1年間に6回以上開催されている。		○
4	運営推進会議に市町職員または地域包括支援センターの職員が出席している。		○
5	直近の外部評価項目の2、3、4、6の実践状況が適切である。		○
6	前年度に外部評価実施回数の緩和の適用を受けていない。		○

※ 事業所の外部評価実施期日(評価確定日)を記入し、各要件に該当している場合は、確認欄に○印を記入して下さい。

※ 事業所は運営推進会議の開催日および出席者(役職・氏名)が確認できる書類を添付して下さい。

《市町意見欄》

上記事業所の要件1～6について、確認しました。  
外部評価実施回数の緩和の適用について、( 同意します ・ 同意しません )。

年 月 日

(市町介護保険担当課長)

印

※ 同意しない場合は、必ず同意しない理由を別紙(様式任意)に記載してください。