

介護サービス情報の公表制度における訪問調査免除申出書

平成 年 月 日

神奈川県知事 殿

法人住所
 申出者
 法人名称及び代表者名

㊟

次のとおり、「介護サービス情報の公表制度における調査に関する指針 2 対象事業所及び項目（2）」の規定に基づき、訪問調査を免除していただきたく申し出ます。

介護保険事業所番号	1	4								
調査の対象外として届け出る事業所	名称									
	所在地									
指定を受けた年月日	平成 年 月 日									
調査の免除を申し出ようとするサービス										
受審した外部評価の種類 ※該当するものに○を付けてください	ア 福祉サービス第三者評価 イ 地域密着型サービス外部評価(実施回数緩和適用の事業所を含む) ウ 介護サービス評価 エ 特定施設外部評価 オ その他、公正、客観性があると県が認めた評価 ()									
外部評価を受けた年月日(運営推進会議又は介護・医療連携推進会議開催日)	平成 年 月 日 ※実施回数緩和適用の場合は、適用認定書の写しを添付してください。 ※運営推進会議又は介護・医療連携推進会議を行った場合は、平成29年度中の直近の開催年月日を記入してください。									
評価の公表方法 ※アドレスを記入、その他の場合はアドレスもしくは公表方法を記入してください。	・法人・事業所のホームページアドレス (http://) ・外部評価機関等のホームページアドレス (http://) ・その他 (http://) () ※地域密着型サービス外部評価を受け上記により公表されていない場合は、事業所内の掲示により公表しているものの写しを添付してください。									

※郵送により、必ず、平成30年12月27日（木）までにご提出ください。

郵送先：〒231-8588

横浜市中区日本大通1 神奈川県高齢福祉課 在宅サービスグループ 情報公表制度係 宛

※「受審した外部評価の種類」欄について詳しくは、「平成30年「介護サービス情報の公表」制度の実施における留意事項等について」の10ページ（6）を御参照ください。

記入者名 : _____ 電話番号 : _____