

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

横浜市長

住 所
開設者 (所在地)
氏 名
(名称及び代表者名)
電話番号

印

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、客観性があると市が認めた評価 ()									
外部評価を受けた年 月日	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。									
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://) ()									

※郵送により、必ず、平成30年 月 日 () までにご提出ください。

郵送先：〒231-0017 横浜市中区港町1-1 横浜市健康福祉局高齢施設課 情報公表制度担当 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11ページ(6)を御参照ください。

記入者名 : _____