

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

令和 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

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   | 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<br>※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<br>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)<br>ウ 介護サービス評価<br>エ 特定施設外部評価<br>オ その他、公正、客観性があると市が認めた評価<br>( ) |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 外部評価を受けた年月日                                       | 年 月 日<br>※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<br>※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<br>(http:// )<br>・外部評価機関等のホームページアドレス<br>(http:// )<br>・その他 (http:// )<br>( )                 |   |  |  |  |  |  |  |  |

※郵送により、必ず、別紙留意事項に記載の提出期限までにご提出ください。

|  |
|--|
| 郵送先：〒231-0005<br>横浜市中区本町6-50-10 横浜市庁舎16階<br>横浜市健康福祉局高齢施設課 情報公表制度担当 宛 |
|--|

※既に手数料を納付した場合は、手数料の返還及び訪問調査免除の申出はできません。

※「受審した外部評価の種類」欄について詳しくは、「令和4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9ページ(6)を御参照ください。

記入者名 : \_\_\_\_\_

## 「訪問調査免除申出書」提出に係る留意事項について

訪問調査免除申出書の提出の際、以下の点にご留意ください

### 1. 訪問調査免除申出書の提出

提出期限までに必ずご提出ください。

| 計画    | 申出書提出締切日（必着）  |
|-------|---------------|
| 10月調査 | 令和4年8月31日（水）  |
| 11月調査 | 令和4年9月29日（木）  |
| 12月調査 | 令和4年10月28日（金） |
| 1月調査  | 令和4年12月1日（木）  |
| 2月調査  | 令和4年12月28日（水） |

### 2. 手数料の納付

訪問調査免除申請の結果通知が届くまで、手数料は納付しないようにお願いします。

### 3. 調査票の提出

訪問調査免除の結果にかかわらず、「介護サービス情報の公表」制度における調査票の提出が必要です。『計画通知書』に記載の提出期日までに提出してください。