

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

(宛先) 川崎市長

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	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	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、令和4年9月29日(木)までにご提出ください。

郵送先：〒210-8577

川崎市川崎区宮本町1 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課管理係 宛

※「受審した外部評価の種類」欄について詳しくは、『「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』内「公表・訪問調査の対象等について」を御参照ください。

記入者名 : _____