

(様式1)

年 月 日

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  
(七尾市経由)

所在地  
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。

- 外部評価の緩和を受けた年度(②、④)は「実施回数緩和期間」と記入
- 外部評価を受けた年度については、その月日を記入
- 添付書類は、令和2年度に実施した外部評価の結果等のみ

		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28年11月10日	○
		② 実施回数緩和期間	
		③ 平成30年11月10日	
		④ 実施回数緩和期間	
		⑤ 令和2年11月10日	
2	「自己評価及び外部評価」および「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)

※ 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。