（別紙１）

令和　　年　　月　　日

**地域密着型サービス外部評価実施回数に関する適用申請書**

新潟県福祉保健部国保・福祉指導課長　　様

（市町村経由）

所　在　地

法　人　名

代　表　者

下記事業所について、新潟県地域密着型サービス外部評価実施要綱第３条第２項に定める実施回数の適用を受けたいので、同条第３項に基づき申請します。

１　対象事業所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | |
| 所 在 地 | 〒 | | | |
| 事業所番号 |  | | 管理者名 |  |
| 所在市町村以外に指定を  受けている市町村 | | ※当該市町村にも申請書を提出すること | | |

２　外部評価を実施しないこととする年度

令和　　　年度

３　過去５年間の外部評価実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施年度 | 訪問調査日 | 評価確定日 | 実施回数の適用を  受けた場合は○ |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 |  |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 |  |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 |  |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 |  |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 |  |

４　その他の必要要件（前年度…外部評価を実施しないこととする年度の前年度）

※　市町村は経由印を押印してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) | 前年度分の評価結果等の市町村提出日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| (2) | 前年度1年間の運営推進会議開催状況及び市町村等出席状況（出席状況は○で囲む） | | | |
| 年　　月　　日 | 市町村 ・ 地域包括 ・ 欠席（市町村等都合）・欠席 | | |
| 年　　月　　日 | 市町村 ・ 地域包括 ・ 欠席（市町村等都合）・欠席 | | |
| 年　　月　　日 | 市町村 ・ 地域包括 ・ 欠席（市町村等都合）・欠席 | | |
| 年　　月　　日 | 市町村 ・ 地域包括 ・ 欠席（市町村等都合）・欠席 | | |
| 年　　月　　日 | 市町村 ・ 地域包括 ・ 欠席（市町村等都合）・欠席 | | |
| 年　　月　　日 | 市町村 ・ 地域包括 ・ 欠席（市町村等都合）・欠席 | | |
| (3) | 前年度評価の外部評価項目の評価状況(適切な場合○を記入) | | |  |
| ２「事業所と地域とのつきあい」 | |  |
| ３「運営推進会議を活かした取り組み」 | |  |
| ４「市町村との連携」 | |  |
| ６「運営に関する利用者、家族等意見の反映」 | |  |