

(様式 1)

年 月 日

外部評価隔年実施適用申請書

青森県知事 殿
(市町村経由)

所在地
法人名
代表者 印

青森県地域密着型サービス外部評価実施要領 3 の (2) に定める外部評価の隔年実施の適用を受けたいので、下記のとおり申請します。

事業所名		事業所番号			
管理者名		電話番号	()		
(小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護)			事業所 確認欄	市町村 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	年 月 日		
		②	年 月 日		
		③	年 月 日		
		④	年 月 日		
		⑤	年 月 日		
2	「自己評価及び外部評価」及び「目標達成計画」を市町村に提出している。				
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村職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席している。ただし、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員がやむを得ない事情により欠席した場合には議事録等を市町村へ提出している。				
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。				

※ 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○印を記入してください。

※ 事業所は運営推進会議の開催日及び出席者が確認できる書類を添付してください。

《市町村意見欄》

上記事業所の要件 1～5 について確認しました。
外部評価隔年実施の適用について、(同意します ・ 同意しません)

年 月 日 平川市健康福祉部高齢介護課長 印