# （様式１）

令和　　年　　月　　日

地域密着型サービス外部評価隔年実施適用申請書

　群馬県知事　　あて

　（市町村経由）

所　在　地

法　人　名

代　表　者

群馬県地域密着型サービス外部評価実施要綱第４条第４項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 | －　　－ | | |
| NO | 内　容 | | | | | 事業所  確認欄 | 市町村適否  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。  （外部評価の省略が承認された年度については「省略」に○） | | 1. 年　　月　　日 | | |  |  |
| 1. 年　　月　　日　　省略 | | |
| 1. 年　　月　　日 | | |
| 1. 年　　月　　日　　省略 | | |
| 1. 年　　月　　日 | | |
| ２ | 「自己評価及び外部評価」および「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または地域包括支援センターの職員が必ず出席している。 | | | | |  |  |
| 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。 | | | | |  |  |

※外部評価**実施日**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。

※運営推進会議の開催日および**市町村職員等の出席が確認できる書類**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　）。  　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（市町村長）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |