

(様式1)

地域密着型サービス外部評価の実施回数に関する適用申請書

年 月 日

栃木県保健福祉部高齢対策課長 様  
(市町長経由)

事業者(法人)名  
代表者名

下記事業所につき、栃木県地域密着型サービス外部評価実施要綱第3条第2項に定める要件を満たしているため、  
年度分の外部評価の実施を省略することとしたいので、  
同条第3項に基づき申請します。

1 サービスの種類	
2 事業所名	
3 事業所所在地	
4 外部評価の実施を省略することとする年度	年度

※別紙「外部評価実施回数に係る要件チェック表」を添付のこと。

※本申請書の提出期限までに当該年度分の評価内容が確定していない場合は、評価内容の確定後速やかに本申請書を提出することで足りることとする。

※外部評価の実施を省略できる年度とは、本申請に係る年度の次年度分とする。

(例) 令和元(2019)年度に本申請を行う場合には、外部評価の実施を省略できる年度は「令和2(2020)年度」となる。