様式１

令和　　年　　月　　日

北海道保健福祉部高齢者支援局

　　　　高齢者保健福祉課長　様

（郵便番号）

（法人の所在地）

（法人名）

（代表者職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

地域密着型サービス外部評価の実施回数に係る申請書

　北海道地域密着型サービス外部評価実施要綱第３第２項の規定に基づき、地域密着型サービス外部評価の実施回数を２年に１回とし、令和２年度の外部評価を実施しないこととしたいので、次のとおり申し出ます。

記

１　対象事業所等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号  (10桁） |  | 事業種別 |  |
| 事業所名 |  | | |
| 事業所所在地 |  | | |

２　添付書類

（１）当該事業所の指定及び監督を行っている市町村の同意書（原本）

（２）その他の参考となる資料

〔連絡先〕

所　　属

職・氏名

電話番号

備考

１　申請事業者は、対象事業所等の設置者（法人）である事業者の所在地、法人名、代表者職名・氏名の記入、代表者印を押印願います。

２　「添付書類」欄の「（２）その他の参考となる資料」とは、「北海道地域密着型サービス外部評価実施要綱の運用について」に該当する場合の「市町村意見書」を指します。