（様式５）

**介護保険サービス（事業所・施設）指導監査等**

**実施状況に係る申出書**

年　　月　　日

米原市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　介護保険サービス（事業所・施設）を対象とした令和２年４月１日から申出日現在に至るまでの国または自治体による指導監査等実施状況について、下記のとおり申し出ます。

記

□　指導監査等の対象となった事業所・施設はない。

（指導監査等の結果、指導事項はなかった場合も含む。）

□　指導監査等の結果、指導事項があったので、下表の監査等結果通知(写)および改善報告書(写)について提出する。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 通知種別 | 日付および  文書件番号 | 件 名 | 事業所・  施設種別 | 国または  自治体名 |
| １ | 監査等結果通知 |  |  |  |  |
| 改善報告書 |  |  |  |  |
| ２ | 監査等結果通知 |  |  |  |  |
| 改善報告書 |  |  |  |  |
| ３ | 監査等結果通知 |  |  |  |  |
| 改善報告書 |  |  |  |  |