

記載例

申請にあたってご不明な点等ございましたら、地域共生課までお問い合わせください。

西東京市長あて

提出日をご記入ください。受審実施期間（予定も含む）よりも前に提出ください。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

事業者名と口座名義（5.請求書で記載）は、原則統一させるようお願いします。

事業者名 株式会社●● 印
代表者 西東京 太郎 印
所在地 西東京市南町●-●-●
電話 042-***-****

西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助対象認定申請書

西東京市が実施する福祉サービス第三者評価受審費補助について、西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助金交付要綱第5の規定により、下記のとおり申請する。

記

- 1 受審サービス事業種別 居宅介護支援
- 2 受審事業所（施設）名 居宅介護支援●●
- 3 概算受審費（消費税含む。） 200,000 円
- 4 受審実施期間（予定） 令和 ● 年 ● 月 ● 日から
令和 ● 年 ● 月 ● 日まで ● 日間

- 5 第三者評価受審目的（行数が不足する場合は別紙を添付すること）

～～～

（第三者評価を受審する目的を記載してください。）

第三者評価受審の実施を予定する期間をご記入ください。原則、右上の提出日より後の日付となります。

- 6 添付資料 福祉サービス第三者評価受審結果の公表に係る同意書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

西東京市長あて

提出日をご記入ください。

事業者名 株式会社●● 印
代表者 西東京 太郎 印
所在地 西東京市南町●-●-●
電 話 042-***-****

福祉サービス第三者評価の受審結果の公表に係る同意書

西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助金交付要綱に基づき実施する福祉サービス第三者評価の受審結果を公表することについて、下記のとおり同意する。

記

- | | |
|--------------|--|
| 1 受審サービス事業種別 | 居宅介護支援 |
| 2 受審事業所（施設）名 | 居宅介護支援●● |
| 3 公表内容 | 「とうきょう福祉ナビゲーション」により
公表する内容と同様のもの。 |
| 4 公表方法 | 「西東京市情報公開コーナー」及び関係
所管課窓口において「とうきょう福祉ナビ
ゲーション」をプリントアウトしたもの。 |
| 5 公表の時期 | 「とうきょう福祉ナビゲーション」が公表
されたとき。 |

令和 ● 年 ● 月 ● 日

西東京市長あて

提出日をご記入ください。

事業者名 株式会社●● 印

代表者 西東京 太郎 印

所在地 西東京市南町●-●-●

電話 042-***-****

西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助金交付申請書兼実績報告書

西東京市が実施する福祉サービス第三者評価受審費補助について、西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助金交付要綱第7の規定により、下記のとおり交付申請する。

記

1 受審費（消費税含む。） 200,000 円

2 交付申請額（1の受審額と上限額のいずれか低い方の額）

認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護又は
看護小規模多機能型居宅介護（上限額 60万円）

当てはまる方に
チェック☑を入れ、
交付申請額をご記
入ください。

円（1,000円未満切捨て）

上記以外の福祉サービス提供事業者（上限額 15万円）

150,000 円（1,000円未満切捨て）

3 受審サービス事業種別 居宅介護支援

4 受審事業所（施設）名 居宅介護支援●●

5 受審実施期間 令和 ● 年 ● 月 ● 日から

令和 ● 年 ● 月 ● 日まで ● 日間

6 認証評価機関 名称 株式会社●●

所在地 東京都●●区●●●-●-●

契約期間ではなく、受審実
施期間をご記入ください。
原則、右上の提出日より前
の日付となります。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

西東京市長あて

提出日をご記入ください。

西東京市から送付された「第三者評価受審費補助対象認定通知書」の日付をご記入ください。

事業者名 株式会社●● 印

代表者 西東京 太郎 印

所在地 西東京市南町●-●-●

電話 042-***-****

西東京市福祉サービス第三者評価受審完了報告書

令和 ● 年 ● 月 ● 日付で通知のあった西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助対象認定について、第三者評価受審が完了したので、西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助要綱第7の規定により、下記のとおり報告する。

記

契約期間ではなく、受審実施期間をご記入ください。原則、右上の提出日より前の日付となります。

1 受審サービス事業種別 居宅介護支援

2 受審事業所（施設）名 居宅介護支援●●

3 受審実施期間 令和 ● 年 ● 月 ● 日から

令和 ● 年 ● 月 ● 日まで ● 日間

4 受審費（消費税含む。） 200,000 円

5 交付請求額 150,000 円

6 認証評価機関 名称 株式会社●●

所在地 東京都●●区●●●-●-●

7 評価受審結果に対する対応（行数が不足する場合は別紙を添付すること）

~~~~

(受審結果を踏まえた今後の対応について記載してください。)

令和 ● 年 ● 月 ● 日

西東京市長あて

提出日をご記入ください。

事業者名 株式会社●● 印

代表者 西東京 太郎 印

所在地 西東京市南町●-●-●

電話 042-\*\*\*-\*\*\*\*

受審サービス事業種別 居宅介護支援

受審事業所（施設）名 居宅介護支援●●

西東京市から送付された「第三者評価受審費補助金交付承認兼確定通知書」の日付をご記入ください。

### 西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助金交付請求書

令和 ● 年 ● 月 ● 日付で交付決定のあった西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助金について、西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助金交付要綱第9の規定により、下記のとおり請求する。

記

交付請求額 150,000 円

### 西東京市福祉サービス第三者評価受審費補助金の振込先について

<振込先>

金融機関名 ●●銀行

支店名 ●●支店

預金種別 普通

口座番号 \*\*\*\*

口座名義（カナ） カブシカイヤ●●

口座名義（漢字） 株式会社●●