様式第４号（第９条第２項関係）

記　　号　　　番　　号

平成　　年　　月　　日

　（サービス事業者等の代表者）　　様

小野町長

介護保険法に基づく監査の実施について（通知）

　　このことについて、下記のとおり実施しますので通知します。

　（なお、別紙監査資料を調製のうえ、平成　　年　　月　　日（　）までに　　部提出願います。）

記

　１　監査の対象となるサービス事業者等の名称

　２　監査の根拠規定　介護保険法（平成９年法律第１２３号）第２３条及び○○

　　（上記○○には、次のとおり記載する。）

　　（地域密着型サービス事業者の場合　　第７８条の７）

　　（地域密着型介護予防サービス事業者の場合　　第１１５条の１７）

　　（介護予防支援事業者の場合　　第１１５条の２７）

　３　監査の日時及び場所

　　（１）日時　　　　　年　　月　　日（　）　　午前（午後）　　　時～　　時

　　（２）場所

　４　監査担当職員及び立会者

　５　サービス事業者等の出席者

　６　準備すべき書類等

（事務担当　　健康福祉課　　職氏名　　　　電話　　　　　）