様式第５号（第１０条第１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結果について（通知）

（※１　取消処分等にいたる場合）

　　　このことについて、平成　　年　　月　　日（　）に（サービス事業者等の名称）の監査を実施

した結果、法第７８条の９、第１１５条の１８、第１１５条の２８又は第１１５条の３４の規定に

基づく勧告、命令等、法第７８条の１０、第１１５条の１９、第１１５条の２９に規定する指定の

取消し等を行う事由に該当する事項が認められましたので通知します。

　（※２　取消処分等にいたらない場合）

　　　このことについて、平成　　年　　月　　日（　）に（サービス事業者等の名称）の監査を実施

　　した結果、不利益処分にはいたらないものの、改善を要する事項が認められたので通知します。

　なお、改善結果報告については、関係書類を添えて、平成　　年　　月　　日までに提出してく

ださい。

（事務担当　　健康福祉課　　職氏名　　　　電話　　　　　）