様式第６号（第１０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）

小野町長

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準

の遵守について（通知）

　　　介護保険法（平成９年法律第１２３号。以下「法」という。）第　　条の規定に基づき、平成

　　　　年　　月　　日に実施した実地検査等の結果【※実地検査等に限られるものではなく、基準違

反が発覚した事由を記載】、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平

成１８年厚生労働省令第３４号。以下「省令」という。）を遵守していないことが認められました

ので、法第　　条の規定に基づき、下記のとおり勧告します。

　　　なお、この勧告に係る期限までに、勧告に従わなかったときは、法第　　条の規定に基づき、そ

　　の旨を公表すること、また、正当な理由がなくその勧告に係る措置をとらなかったときは、法第

　　　条の規定に基づき、期限を定めてこの勧告に係る措置をとるべきことを命ずることがあります。

その命令をした場合は、その旨を公示することとなります。

記

　　１　事業所名

　　２　勧告理由

　　　　省令を遵守していないと認めた事項は次のとおりです。

　　　　（１）

　　　　（２）

　　３　勧告事項

　　　　上記２について、次のとおり改善を勧告します。

　　　　（１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（根拠「省令第　　条第　　項」）

　　　　（２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（根拠「省令第　　条第　　項」）

　　　　　【※基準違反に該当するものだけを記載する】

　　４　改善期限　　　　平成　　年　　月　　日

【※改善期限と５（２）に記載する報告書の提出期限は、町の判断で設定する】

　　５　改善報告書の提出

　　　　（１）様式第７号の勧告事項改善報告書にこの勧告に係る改善状況を記載し、その状況を客観

的に確認できる資料を添付してください。なお、改善できない理由がある場合には、その

理由を具体的に記載してください。

　　　　（２）勧告事項改善報告書の提出期限は、平成　　年　　月　　日とします。

　　　　（３）改善状況を確認するために、場合によっては、事業所を訪問する等があります。

（事務担当　　健康福祉課　　職氏名　　　　電話　　　　　）