

第1号様式（第5条関係）

提出日をご記入
ください。

令和〇年1月30日

江戸川区長 殿

所在地 東京都江戸川区中央1-4-1
申請者 法人名 株式会社 介護保険課

役職名、代表者名を記入し、代表者印
（×法人印）を押印してください。

代表者名 代表取締役 江戸川 太郎 印

江戸川区地域密着型サービス第三者評価受審費用等助成申請書

下記のとおり第三者評価受審費用等の助成を申請します。なお、評価の結果について、東京都福祉サービス評価機構及び江戸川区が定める方法により、公表することに同意します。

記

事業所の名称	グループホーム介護保険課	介護保険法上の正式なサービス名を記入してください。
事業所の所在地	江戸川区中央1-4-1	
評価対象サービス名	認知症対応型共同生活介護	
法人の種類	株式会社	運営法人の種類を記入してください。 例：株式会社、有限会社、NPO法人など
認証評価機関名	株式会社〇〇サービス	
評価実施期間	令和△年8月15日 ~ 令和〇年1月15日	
第三者評価受審費用	400,000 円	
改善取組事業経費	円	
申請額	400,000 円	

※ 添付書類

- 1 領収書の写し（認証評価機関の発行したもの）
- 2 評価結果報告書の写し（認証評価機関が作成したもの）
- 3 改善取組事業経費記載の場合は、改善取組実績報告書（第2号様式）

申請者の連絡先	担当者名 江戸川 花子 電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
---------	----------------------------------