FAX：0296-20-8767

結城市役所　介護福祉課　介護保険係　行

介護保険制度等に係る質問票　(介護サービス事業所)

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 担当者職氏名 |
| TEL | FAX |
| 質問項目　（該当する項目を○で囲んでください。）  １　人員・運営基準　　　２　加算・減算　　　３　給付算定　　　４　その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 質問内容に係るサービス種別（例：地域密着型通所介護・居宅介護支援・総合事業　など） | |
| 参照した法令・通知・Q&A　(必ずご記載ください。) | |
| 質問内容  　※主語・述語等を省略せず、明瞭・簡潔に記載してください。名称は正式名称を用いて記載してください。  　※【質問の趣旨】【質問内容に対する事業所の見解】を全て記載してください。  　　記載内容に基づき回答しますので、記載漏れがあると、回答できかねる場合があります。  【質問の趣旨】  【質問内容に対する事業所の見解】　（必ずご記載ください。） | |

※事前に国が示す基準省令や解釈通知等のほか、厚生労働省より発出されているQ&A等を確認していただきますようお願いいたします。