質　　　問　　　票

**記載例**

**質問をする際は原則、この「質問票」でお願いします。**

（介護サービス関連：熊本県合志市）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 送付先：熊本県 合志市役所 高齢者支援課 | | | | | | | |
| **質問されるサービスの種類** | | | | | **○○○○○○○○について** | | |
| **質問事項** | **○○○について、○○○○○○○としてよいか。** | | | | | | |
| **質問者が考える回答案** | 回答案及び根拠 | **事業所としては○○○と考える。**  **【根拠】**  **介護報酬の解釈(赤本 H○○年.月版)のP.○○には○○○○○○○とある。** | | | | | |
| **※上に記入した「質問事項」に対して、自分（質問者）として「このような取扱いになるのではないか」という回答案もしくは考えを必ず記入してください。** | | | | | |
| 質問者 | 事業所・施設名 | | | **○○○事業所** | | | |
| 事業所番号 | | | **○○○○○○○○** | | | |
| 事業所所在地 | | | **熊本県合志市○○○○○○○** | | | |
| 事業･サービスの種類 | | | **地域密着型通所介護など** | | | |
| 質問者（職・氏名） | | | **○○　○○** | | | |
| ＴＥＬ | | **○○○-○○○-○○○○** | | | ＦＡＸ | **○○○-○○○-○○○○** |
| Mail | | | **○○○○○○＠○○○○** | | | |

＊ＦＡＸ送付票は不要です。　　　　　　　　　　　　　　　　　　送付枚数本紙とも：　　枚

　記入欄が不足する場合等は別紙を添付してください。