指定基準・介護報酬等に係る質問票

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者名 |  |
| 事業所所在地 |  | | |
| ＴＥＬ／ＦＡＸ | ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： | | |
| サービス種別  □にチェックを  入れてください | □訪問介護　□訪問入浴介護　□訪問看護　□訪問リハ　□通所介護　□通所リハ  □短期入所生活介護　□特定施設　□福祉用具貸与・販売　□介護老人福祉施設  □介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　□介護医療院 | | |
| 質問テーマ （集団指導の  説明内容） |  | | |
| 質問内容  (具体的に記入してください。  　また、貴事業所の考えを記入してください。) |  | | |
| 担当名 | 介護保険施設担当　・　介護事業担当　・　高齢施設担当 | | |
| 対応年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 参考事項 |  | | |

＊質問内容を記入して、ＦＡＸに県福祉監査課 （FAX 048-830-4788） に送信してください。（送信票不要）

＊太枠の中だけご記入ください。

　担当名・対応年月日・参考事項は、記入不要です。県福祉監査課にて記入します。