阿南市介護保険事業者用質問票

※質問内容を記入して、メール又はFAXで下記の送り先に送信してください。

※国が示す基準省令、解釈通知、Q＆A等を確認した上、作成・送信するようにご協力をお願いします。

|  |
| --- |
| 送り先：阿南市保健福祉部介護保険課　資格・事業者係　行き  FAX番号：０８８４－２２－１８１３　メールアドレス：kaigo@anan.i-tokushima.jp |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | 担当者 |  | |
| 電話番号 |  | | | 事業所番号 | |  |
| 質問されるサービス種別  （☐にチェックを入れてください） | | | 地域密着型通所介護事業所  認知症対応型通所介護事業所  小規模多機能型居宅介護事業所  認知症対応型共同生活介護事業所  看護小規模多機能型居宅介護  地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 表題(質問テーマ) | |  | | | | |
| 質問の趣旨・内容  (具体的に記入してください) | |  | | | | |
| 質問に関連する法令及び通知等又は  参照した資料等の該当ページ | |  | | | | |
| 質問者(事業所)の見解及びその根拠 | | ※質問内容に対する事業所としての考えを記入してください。 | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　送信日：令和　年　月　日