介護保険事業者用質問票

　※質問内容を記入して、座間市介護保険課（総合事業に関することは長寿支援課）に提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者名 |  |
| 事業所所在地 |  | 事業所番号 |  |
| Mailアドレス |  | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| サービス種別（□にチェックを入れてください） | □居宅介護支援　　□地域密着型通所介護　　□認知症対応型共同生活介護　□小規模多機能型居宅介護□介護予防・日常生活支援総合事業（訪問介護相当サービス）□介護予防・日常生活支援総合事業（通所介護相当サービス）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 質問タイトル |  |
| 質問の趣旨・内容（具体的に記入してください。また、利用者の名前など、不必要な個人情報は記載しないようにしてください。） |  |
| 事業所の見解 |  |
| 事業所の見解の根拠法令等（ホームページを参照した場合にはURL） |  |

　※各種参考書籍やホームページ等で確認した上、作成・提出するよう御協力お願いします。