

年 月 日

介護保険制度に係る質問票

FAX 番号 0837-52-1490

美祢市市民福祉部高齢福祉課介護保険係 行

事業所名 _____

担当者 _____

電 話 _____

F A X _____

- 〈注意事項〉
- 1 1枚につき1件の質問に限ること。
 - 2 関係法令等をよく読んだ上、事業所の考えを記入し、提出すること。
 - 3 美祢市内の介護保険事業所からの質問に限ること。
 - 4 地域密着型サービス以外に関する質問は、所管の都道府県に行うこと。

質 問 事 項

〈表題〉

〈サービス種別〉

〈質問内容〉

〈事業所の考え〉

回 答 欄