令和　　年　　月　　日

ＦＡＸ送信先055-282-6189

メール送信先kaigo@city.minami-alps.lg.jp

南アルプス市役所介護福祉課　行

事業所名

質問者氏名

電話

ＦＡＸ

対象サービス種別

質　問　票

|  |  |
| --- | --- |
| 件名  （必須） |  |
| 質問の趣旨・内容  （必須） |  |
| 事業所内で検討した際の疑問点（必須） |  |
| 質問者（事業所）の見解  及びその根拠  （必須） |  |
| 参照した関係書籍名  （ページ数を記載）  資料名、基準省令・解釈通知等（必須） |  |
| 質問に関連する法令  及び通知等 |  |

**【留意事項】**

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 事前に国が示す基準省令や解釈通知等のほか、厚生労働省より発出されている「介護サービス関係Ｑ＆Ａ集」等を確認してください。 |
| ２ | スペースの関係で質問内容をすべて記載できない場合は、必要に応じ、参考資料等を添付してください。  また、質問票の項目に関する事項がすべて記載されている場合には、独自様式でもかまいません。 |
| ３ | 回答の際における追加質問には、対応できない場合がありますので、ご承知おきください |
| ４ | 回答の際に、質問者が不在の場合でも、事業所において対応できるよう情報の共有をお願いします。 |
| ５ | 担当業務に関連のない質問には対応できませんので、ご承知おきください。 |