鴻巣市介護保険事業者質問票

***質問は原則この「質問票」でお願いします。***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送付先：鴻巣市　介護保険課　事業者担当 | | | | |
| **メールアドレス：kaigo@city.kounosu.saitama.jp** | | | | |
| **質問されるサービスの種類** | | | |  |
| **質問事項** |  | | | |
| **質問者の考え** | 考え及び根拠 |  | | |
| **※上に記入した「質問事項」に対して、自分（質問者）として「このような取扱いになるのではないか」という考え及び根拠を必ず記入してください。** | | |
| **発信日** | | 年　　　月　　　日 | | |
| **回答希望日** | | 年　　　月　　　日（※原則として発信日から5営業日以降の日を設定してください） | | |
| 質問者 | 事業所・施設名 | |  | |
| 事業所所在地 | |  | |
| 質問者（職・氏名） | |  | |
| ＴＥＬ番号 | |  | |
| ＦＡＸ番号 | |  | |
| 鴻巣市からの回答  （記入不要） |  | | | |

※記入欄が不足する場合は別紙を添付してください。