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。