**■介護保険サービスについての質問票**

（本用紙以外の様式も使用できます。その場合も必要事項を省略せず記載してください。）

Eメールアドレス：kaigo@city.tochigi.lg.jp

FAX番号　　　　：0282-21-2670

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送信年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 事業所名称 |  | | |
| 質問者氏名 |  | | |
| 日中繋がる電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 指定サービス種類  (例：居宅介護支援) |  | | |
| 質問事項 | □基準や制度について  □その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 利用者情報  （例：介護度、利用サービス等） | ※「基準や制度について」の質問の場合は、本欄は記載不要です。 | | |
| 確認した基準や  通知（該当する項目に印を入れてください） | ※必ず質問前に基準・通知等の法的根拠を確認し、その情報を併せてお伝えください。  □厚生労働省通知  （文書名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　、 ページ：　　　　　　）  □介護保険最新情報（Vol.　　　　　　　、ページ：　　　　　　　　）  □その他（文書名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | |
| 具体的な質問内容 | ※利用者氏名など、不必要な個人情報は記載しないでください。  ※事前に法人・事業所内部で協議し、その上で判断に迷う場合に、根拠と推測される内容等を示した上でお問合せください。 | | |