**質　　　　問　　　　票**

**※　まず、介護報酬の解釈（単位数表編、指定基準編、ＱＡ・法令編）を確認していただき、該当頁数を提示してください。サービス種別ごとに作成してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 質　　　　　問 | 事　業　所　名 | | 担当者名 | | 質　　問　　日 |
|  | |  | | 年　　月　　日 |
| **連　絡　先** | **電話　　　　　　　　　　　　　FAX** | | | |
| 【サービス種別】該当するサービスに○を付けてください。  訪問介護　訪問入浴介護　訪問看護　訪問リハビリテーション　居宅療養管理指導　通所介護  通所リハビリテーション　短期入所生活介護　短期入所療養介護　特定施設入居者生活介護  福祉用具貸与　特定福祉用具販売　定期巡回・随時対応型訪問介護看護　夜間対応型訪問介護  地域密着型通所介護　認知症対応型通所介護　小規模多機能型居宅介護  認知症対応型共同生活介護　地域密着型特定施設入居者生活介護  地域密着型介護老人福祉施設　看護小規模多機能型居宅介護　居宅介護支援　介護予防支援　介護老人福祉施設　介護老人保健施設　介護医療院　介護予防訪問サービス  介護予防通所サービス　生活支援訪問サービス　生活支援通所サービス  介護予防ケアマネジメント | | | | |
| 【質問内容】記載できない場合は、別紙で記載ください。  介護報酬の解釈　（単位数表、指定基準、ＱＡ・法令）編　（　　　）頁 | | | | |
| 回　　　　　答 | 回　　　答　　　者 | | | 回　　答　　日 | |
| 豊田市　福祉部　介護保険課　施設担当  （電話　　34-6634　FAX　　34-6034） | | | 年　　月　　日 | |
| 市記入欄 | | | | |