**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 |