質　問　票

令和　　　年　　月　　日

二本松市高齢福祉課介護保険係　行

FAX　０２４３－２２－１５４７

TEL　０２４３－５５－５１１５

事業所名

事業所管理者名

事業所番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種類 |  | 回答先電話番号 |  |
| 担当部門名 |  | 担当者名 |  |
| 質問タイトル | |  | | |
| 質問の対象  サービス | |  | | |
| 質問の趣旨・内容 | |  | | |
| 事業所内で検討した関連規程 | |  | | |
| 事業所内で検討した際の疑問点 | |  | | |
|  | |  | | |
| 回　答  (※保険者記入) | | 担当者氏名： | | |

～質問票提出にあたりご留意いただきたい事項～

１　基本的に質問は質問票により受け付けます。

２　回答は、質問票に記載された内容について行います。回答の際に追加の質問をいただいても即答しかねますのでご了承ください。

３　質問票に記載しきれない内容がありましたら、別途、資料を添付していただいて結構です。

４　質問票に記述されている項目（内容）が網羅されていれば、質問票の様式でなく別の様式でも差し支えありません。

５　「○○について、保険者の判断を…」と照会される場合がありますが、判断には詳細な状況説明を求める場合がありますので、ご承知おきください。

６　質問票に対する回答の連絡をした際に、担当者が不在でも対応できるよう、事業所内で質問内容の共有をお願いします。

７　回答に当たっては、内容により高齢福祉課内での検討や福島県などへの問い合わせのために時間を要する場合もありますので、ご承知おきください。

８　いただいた質問票の中で、同様の質問が多い項目等については、Q＆Aを作成し提供していく予定です。