質問票

狭山市

質問がある場合はメールにて狭山市役所介護保険課へ送信してください。

回答までには１週間程度お時間をいただく場合があります。

**●E-mail：kaigo@city.sayama.saitama.jp**

質問票作成日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | 担当者名 |  | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| サービス種別  （いずれかに○） |  | （地密）定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  | （地密）認知症対応型共同生活介護 | |  | 居宅介護支援または  介護予防支援 |
|  | （地密）認知症対応型通所介護 |  | （地密）介護老人福祉施設入所者生活介護 | |  | （総合事業）  訪問介護（独自・Ａ型） |
|  | （地密）小規模多機能型居宅介護 |  | （地密）通所介護 | |  | （総合事業）  通所介護（独自・Ａ型） |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 質問テーマ |  | | | | | | |
| 質問内容  （具体的に記入してください。  各種根拠法令を確認した上で、作成・送信するようお願いします。また、貴事業所の考えを記入してください） | □人員・設備・運営基準について　　□加算・減算について　　□その他  （以下、質問内容と事業所としての考えを具体的に記入） | | | | | | |
| 確認した根拠法令等　※必ず記入すること | | | | | | |

（以下、市役所事務処理欄のため記入不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当名 | 介護事業担当・管理保険料担当・認定担当 |
| 対応年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 参考事項 |  |