整理番号：

新座市介護保険事業者用質問票

送信日：　 月　日

**（介護保険課 Mail:kaiho@city.niiza.lg.jp）**

　※質問内容を記入して、メール又はファックス(メールが利用できない場合)で、新座市介護保険課宛に送信してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | 事業所番号 |  |
| サービス種別（□にチェックを入れてください） | □居宅介護支援　　　□介護予防支援　　　□定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □認知症対応型通所介護　　　□認知症対応型共同生活介護　□小規模多機能型居宅介護　　□看護小規模多機能型居宅介護□地域密着型通所介護　　　　□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護□総合事業介護予防訪問介護相当サービス　□総合事業訪問型サービスＡ□総合事業介護予防通所介護相当サービス　□総合事業通所型サービスＡ |
| 質問テーマ |  |
| 確認した根拠法令等**※必ず記入すること** |  |
| 質問内容（具体的に記入してください。） | 　□運営・設備・基準について　　□加算・減算について　　□その他 |
|  |
| 事業所としての判断**※必ず記入すること** |  |
| 回 答 日 |  |
| 回 答 者 | 所属： 介護保険課 | 氏名： |
| 市 回 答 |  |
| 参考事項 |  |

　※太枠の中のみご記入ください。太枠外は介護保険課にて記入します。

　※各種参考書籍やホームページ等で確認した上、作成・送信するよう御協力をお願いします。

　※急ぎの場合は、その理由を「質問内容」欄に記入し、質問票送信後に介護保険課

介護給付・事業者係（☎048-424-5361）に電話してください。