

運営・報酬に係る質問票

送 信 元

事業所名			
サービス種類			
質問者名		事業所番号	
電話番号		メールアドレス*	

※ (FAXで質問を行った場合) FAXでの回答を希望する際はFAX番号を記載してください。

<対象者の全体像>

年齢		歳	性別		要介護認定	
世帯状況・居住環境等						
ADL・IADL・認知症・疾患・障害等の状況						

<質問内容>

<質問をするに当たって確認した根拠法令等>

<事業所の考え>