**令和３年度 介護報酬改定等に関する質問票**

**（宛先）**　**川崎市健康福祉局長寿社会部1[FAX　044(200)3926]**

**令和　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **送**  **信**  **元** | 介護保険事業所番号 | |  |
| 介護保険事業所名 | |  |
| 介護保険サービス種類 | |  |
| 質問者氏名あああああ | |  |
| 電話番号ああああああ | |  |
| ＦＡＸ番号あああああ | |  |
|  |  | |  |
| **質問内容** | | **□**指定基準条例関係／**□**介護報酬改定関係／**□**届出関係／**□**その他  　　⇒　介護保険サービス種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

　１　御質問の際には、各種資料（社会保障審議会介護給付費分科会資料等）を必ず御確認ください。

　２　質問票の内容については、基本的に個別回答は行いません。

市ホームページでお示しする予定です。

**川崎市管理番号：ああああああ**