**川崎市高齢者施設等における自費検査費用補助金**

**質問票**

令和　 年　 月　 日

（宛先）川崎市　高齢者事業推進課　事業者指定係　担当

**ＦＡＸまたはメールにて送付ください。**

**〔ＦＡＸ番号：０４４－２００－３９２６〕**

**〔メールアドレス：** **40kosui@city.kawasaki.jp** **〕**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信元 | 事業所名 |  |
| サービス種類 |  |
| 質問者名 | 　　　　　　　　 | 事業所番号 |  |
| 電話 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 |  |