E-mail：choujyushien2@city.yoshikawa.saitama.jp ➡件名は【事業所名＋質問票】とすること。
FAX:048-981-5392（※送付状をつけること）
吉川市 健康長寿部 長寿支援課 介護給付係　行き
吉川市 健康長寿部 長寿支援課 高齢福祉係　行き
回答につきまして、翌５営業日ほど（例：金曜日に提出の場合➡来週の金曜日が回答の目安となります。）お時間をいただきます。また、内容によっては、県や国へ照会する場合があり、さらに時間を要することがあります。

介護報酬等に関する質問票

事業所名	
事業所番号	
担当者名	
連絡先電話番号	
サービス種類 **（地域密着型介護予防サービスを含む。）** ※該当する項目を〇で囲んでください。	居宅介護支援、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、 地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、 地域密着型特定施設入居者生活介護、 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、 看護小規模多機能型居宅介護、訪問型サービス（総合事業）、 通所型サービス（総合事業）、 **※上記以外のサービス種別は県所管となっておりますので埼玉県東部中央福祉事務所までお問い合わせください。** **※訪問型サービス、通所型サービス、介護予防ケアマネジメント費に関する内容については、高齢福祉係が所管となっていますのでお問合せの際はご注意ください。**
	【質問項目】（該当する項目を〇で囲んでください） 介護報酬（基本）、介護報酬（加算・減算）、人員に関する基準、 設備に関する基準、運営に関する基準、その他（　　）

【質問内容】※質問内容は詳細に記載してください。１ページで収まらない場合、必要に応じて改行し使用してください。

【質問内容に対する事業所の考え】

受付日	※記入しないこと

決裁欄	課　長	課長補佐	係長	係