群馬県介護高齢課 居宅サービス係あて（ＦＡＸ：027-223-6725）

※ 送付票（送り状）は添付しないで、本様式のみ送信してください。

令和３年度介護報酬改定等に係る質問票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | １０ | 事業所名 |  |
| 職・氏名 |  | 電話番号 |  |
| サービス種別  該当箇所に  　☑をつけて  　 ください。 | □訪問介護　□訪問入浴介護　□訪問看護　□訪問リハビリ　□居宅療養管理指導　□通所介護  □通所リハビリ（□老健）　□短期入所生活介護（□特養併設）  □短期入所療養介護（□老健　□介護医療院　□介護療養型　□診療所）□特定施設入居者生活介護  □福祉用具貸与　□特定福祉用具販売　　　□介護予防サービス | | |
| 関連資料名・該当ページ等 |  | | |
| 質問内容 | ※可能な限り質問理由、根拠、質問者の見解等も併せて記載してください。 | | |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 整　理　欄 |  |
|

※太線枠内（整理欄以外）は、もれなく記載してください。

※質問内容により、個別の回答又は県ホームページ等での回答を予定しています。

※回答までに時間を要することがありますので、あらかじめご容赦ください。