

南部町介護保険事業者用 質問票

※質問内容を記入し、メール又は FAX で南部町福祉介護課へ送信してください。

E-Mail	kaigo@town.aomori-nanbu.lg.jp
FAX 番号	0178-76-3904 （送信票不要）

質問票作成日： 年 月 日

事業所名			質問者氏名			
電話番号			FAX 番号			
サービス種別 (いずれかに○)	☐	居宅介護支援・介護予防支援	☐	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	☐	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		
	☐	看護小規模多機能型居宅介護	☐	総合事業		
	☐	その他()				
質問テーマ ※記入必須						
質問内容 (具体的に記入してください) ※記入必須	☐	運営・設備・基準について	☐	加算・減算について		
	☐	その他()				
事業所の見解及びその根拠 ※記入必須	質問内容に対して、「このような取扱いになるのではないか」という回答案や考えを記入					
参考にした資料 (該当するものに○) ※記入必須	☐	介護報酬の解釈(指定基準編) 最新版	(	ページ)		
	☐	介護報酬の解釈(単位数表編) 最新版	(	ページ)		
	☐	介護報酬の解釈(QA・法令編) 最新版	(	ページ)		
	☐	介護報酬改正点の解説 最新版	(	ページ)		
	☐	その他()				

注意事項

1. 根拠法令等を確認し、事業所内で検討したうえで町に質問票を提出してください。
2. 町で受ける質問は、根拠法令等の内容に疑義がある(意味や内容がはっきりしない)ケースになります。
3. 質問内容により、回答まで数日から1週間ほどお時間をいただくことがあります。