ＦＡＸ質問票

送付先	札幌市役所介護保険課事業指導係・施設指導係（FAX：011-218-5117）
送信日	令和　　年　　月　　日　送信枚数（本紙含む）：　　枚
発信元	事業所名　（　　） 事業所住所　（　　） 事業所サービス種別（　　）※（例）訪問介護 事業所電話番号　（　　） 事業所 FAX 番号　（　　）
事業所ご担当者	
ご質問内容	
参考にされた資料等	該当する項目にレ点でチェックを入れてください。 ☐ 介護報酬の解釈（指定基準編）　（　　ページ） ☐ 介護報酬の解釈（単位数表編）　（　　ページ） ☐ 介護報酬の解釈（ＱＡ・法令編）　（　　ページ） ☐ 介護報酬改定Ｑ＆Ａ　（　　ページ） ☐ その他（　　）

令和　　年　　月　　日　回答済

担当者　（　　）

※この枠内は記載しないで下さい。