|  |
| --- |
| ＜メール送付先＞chojus@pref.mie.lg.jp  ＜ファックス送付先＞**０５９－２２４－２９１９** |

**三重県　長寿介護課　居宅サービス・介護人材班　　行**

|  |
| --- |
| **介護報酬の解釈に係る質問票**  **（訪問系・通所系サービス　福祉用具サービス）** |

【質問者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | ２ | ４ | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL | |  | | | | | FAX | |  | | | |
| e-mail | |  | | | | | | | | | | |
| 記入者氏名 |  | | | | | | | | | | | | |

【質問内容】　（※）は、今回のご質問にあてはまるものに○をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問の種類（※） | R6年度介護報酬改定関係　　その他（　指定基準　・　加算体制　） |
| 事業所の種類  （※） | 訪問介護　　訪問入浴　　訪問看護　　訪問ﾘﾊﾋﾞﾘ　　居宅療養管理指導  通所介護　　通所ﾘﾊﾋﾞﾘ　　福祉用具貸与・販売 |
| 質問に係る  サービスの種類 |  |
| 参照した関係  資料名とページ | （必ずご記入ください。） |
| 質問内容  （加算名称等  は正確にご記入ください。） |  |
| 質問日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |