|  |
| --- |
| 三重県障がい福祉課サービス支援班　行  送付先ＦＡＸ番号：059-228-2085（送付状は不要です。） |

障害福祉サービス等の基準解釈に係る質問票

質問票１枚につき１つの質問を記入し、上記宛先までＦＡＸで送付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者 | 名前　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 質問対象のサービス | ※該当サービスに○をして下さい。  ※計画相談支援、障害児相談支援、基準該当事業に関する質問は、指定権者等である市町へお問い合わせください。  ・居宅介護等訪問系サービス　　　　　　　・療養介護　　　　・生活介護  ・短期入所　　　　　・施設入所支援　　　・自立訓練　　　　・就労移行支援  ・就労継続支援　　　・就労定着支援　　　・自立生活援助　　・共同生活援助  ・地域移行支援　　　・地域定着支援  ・児童発達支援　　　・放課後等デイサービス  ・保育所等訪問支援　・障害児入所施設　　・居宅訪問型児童発達支援 |
| 参照した資料の名称 | ※質問にあたって参照した資料の名称及びページ番号を記載してください。  　資料名：  　ページ： |
| 質問内容 | ※加算名称等を正確に記入し、具体的な質問内容を記載してください。 |