**令和３年度 介護報酬改定等に関する質問票**

**（宛先）**　**小田原市高齢介護課介護給付係1[FAX：０４６５(３３)１８３８]**

**令和　　年　　月　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **送****信****元** | 介護保険事業所番号 |  |
| 介護保険事業所名 |  |
| 介護保険サービス種類 |  |
| 質問者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
|  |  |  |
| **質問内容** | **□**指定基準条例関係／**□**介護報酬改定関係／**□**届出関係／**□**その他　　⇒　介護保険サービス種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**１　御質問の際には、各種資料（社会保障審議会介護給付費分科会資料等）を必ず御確認ください。**

**２　質問票の内容については、基本的に個別回答は行いません。メール等でお示しする予定です。**

**小田原市管理番号：ああああああ**