令和3年度介 護 報 酬 改 定 ＦＡＸ　質　問　票

・**介護報酬請求事務**に関する質問がございましたら、本様式に必要事項をご記入の上本会

介護福祉課あてFAX送信をお願いいたします。

・**お問い合わせにあたっては、必ず事前に関係機関の掲載する各種資料やホームページ等**

**（特に報酬告示や算定の留意事項通知）をご確認いただくようお願いいたします。**

※介護報酬・制度改正、算定に関する解釈、運営に関する基準等については指定権者

（県、市町村）等へお問い合わせください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号（10桁） |  | 事業所名 |  |
| 連絡先電話番号 |  | ご担当者名 |  |
| ●お問い合わせのサービス種別をご記入ください。 | | | |
| ●お問合せ内容  　（簡潔かつ具体的に記載してください。） | | | |

※ご質問についてはお電話にて順次回答いたしますが、内容によっては回答までに時間がかかる場合がございます。あらかじめご了承ください。