**指定基準・加算届等に関する質問票**

|  |  |
| --- | --- |
| 質問日 |  |
| 事業所名 |  | 担当者 |  |
| 事業所番号 |  | サービス種別 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 問い合わせ内容 | 　１．指定基準・指定申請書等　　　　２．加算関係　３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 質問項目 |  |
| 質問要旨 |  |

（注）　１　質問は１枚につき１項目とし，上記空白欄のみ記入してください。

　　　　２　質問内容は，明瞭に記載してください。不明瞭な場合，正確な回答ができないことがあります。

　　　　３　質問内容によっては，回答までにお時間をいただく場合がございます。

（障害保健福祉推進室使用欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 到達日 |  | 回答日 |  |
| 回答方法 |  |
| 回答内容 |  |
| 回答者 |  |