

送信票は不要です

令和3年度「介護保険報酬・制度改正」に関する質問票

※ 1つの質問につき本票を1枚使用し、質問内容を簡潔にまとめてください。
 ※ 本票はFAX又は電子メールにて送付してください。
 ※ 電子メールを利用される際は、件名に【報酬改定質問】と入力してください。
 FAX：0942-36-6845 E-mail：kaigo@city.kurume.fukuoka.jp

令和3年 月 日

事業所名				
担当者氏名				
連絡先	電 話		F A X	

区 分	<input type="checkbox"/> 報酬 <input type="checkbox"/> 基準（人員・設備・運営等）		
サービス種別	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活 <input type="checkbox"/> 短期入所療養 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 地域密着型特養 <input type="checkbox"/> 看護小規模 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 身体ヘルプ <input type="checkbox"/> 元気ヘルプ <input type="checkbox"/> 生活ヘルプ <input type="checkbox"/> 予防デイ <input type="checkbox"/> 元気デイ <input type="checkbox"/> 集中デイ		
質問項目 (加算名など)			
資料該当箇所	資料名称		
	該当ページ	_____ページ _____行目 ~ _____行目 ※各資料の一番下に記載されたページ数を記載してください。	
質問内容	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

市 使 用 欄	受付者	No.