

# 介護保険サービス等質問票

資料6

尾道市高齢者福祉課メールアドレス <k-fukusi@city.onomichi.hiroshima.jp>

すべての項目に記入してください。

|  |  |       |                 |
|--|--|-------|-----------------|
| 送信日  | 令和      年      月      日  | 電話番号  | (      )      - |
| 事業所名   |  | 質問者氏名 |                 |
| メールアドレス<br>※基本的にメールで<br>回答します。   |  |       |                 |
| 質問内容の<br>サービス種別<br><br>※該当するものに<br>○をしてください。   | 居宅介護支援      訪問介護      訪問入浴介護      訪問看護<br>訪問リハビリテーション      通所介護      通所リハビリテーション<br>短期入所生活介護      短期入所療養介護      福祉用具貸与・販売<br>介護老人福祉施設      介護老人保健施設      介護医療院<br>夜間対応型訪問介護      定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br>認知症対応型通所介護      地域密着型通所介護<br>小規模多機能型居宅介護      看護小規模多機能型居宅介護<br>認知症対応型共同生活介護      地域密着型介護老人福祉施設<br>総合事業      その他(      ) |       |                 |
| 質問項目<br>※該当するものに<br>○をしてください。  | 人員基準      運営基準      設備基準      報酬<br>その他(      )  |       |                 |
| 確認した<br>基準や通知等<br><br>※必ず質問前に基<br>準や通知を確認し、<br>記載してください。<br>※文書名は正確な名<br>称を記入してくださ<br>い。 | 厚生労働省通知(文書名:<br>介護保険最新情報(Vol.      )<br>介護報酬の解釈(      年      月版)①単位数表編(青)      (      )ページ<br>介護報酬の解釈(      年      月版)②指定基準編(赤)      (      )ページ<br>介護報酬の解釈(      年      月版)③QA・法令編(緑)      (      )ページ<br>その他(文書名:  |       |                 |
| 質問内容<br><br>※具体的な内容を記<br>載してください。<br>※加算の名称は正<br>確に記入してくださ<br>い。                         |  |       |                 |

※回答の目安は受付日から10営業日以内です。