|  |
| --- |
| 介護保険質問票 |
| （介護保険事務所 FAX 0187－86－3914） |
| 質問区分：□ 指定基準□ 報酬算定、加算等□ 国保連請求返戻・保留□ その他 | 送信年月日： 　　 年 月 日 |
| 事業所名： |
| 担当者名： |
| 電話番号： ― ― |
| FAX番号： ― ― |
| 題目： |
| 内容： |