

# 介護保険質問票

(介護保険事務所 FAX 0187-86-3914)

|  |   |
|--|---|
| 質問区分：<br><input type="checkbox"/> 指定基準<br><input type="checkbox"/> 報酬算定、加算等<br><input type="checkbox"/> 国保連請求返戻・保留<br><input type="checkbox"/> 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：