令和　年　　月　　日

**質　　問　　票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名： | 担当者氏名： | |
| 電話番号： | 電子メール： | |
| ○**質問内容**  状況が分かるように、経緯や日付、金額等をなるべく具体的に記載してください。 | | |
|  | | |
| ○**事業所としての見解・根拠**  事業所内で検討された見解や考え方を記載してください。根拠として、根拠条文（介護保険法第○条等）や通知名（介護保険最新情報vol.○等）を示してください。 | | |
|  | | |
| ○小川町の回答 | | |
| 回答日：令和　年　　月　　日（　） | | 分類： |
|  | | |

※適宜、行を追加、削除してください。