介護報酬及び指定基準についての質問票(兼回答票)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送信日 | 令和　　　 年 　　　月　　　 日 | |  | |
| 事業所名 |  | | | |
| 担当者名(職・氏名) |  | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | |  |

※　１枚につき質問は１件でお願いします。

※　個人情報の取扱いにご留意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　内　容 | **サービス種類**  該当のサービス種別にレを付けてください　それぞれのサービス種別には予防も含むものとします。 |
| □訪問介護　□訪問入浴介護　□訪問看護　□訪問リハビリテーション　□居宅療養管理指導　□通所介護　□通所リハビリテーション　□短期入所生活介護　□短期入所療養介護  □特定施設入居者生活介護　□福祉用具貸与　□特定福祉用具販売 |
| □居宅介護支援 |
| □介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護医療院 |
| □定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□夜間対応型訪問介護　□地域密着型通所介護  □認知症対応型通所介護　□小規模多機能型居宅介護　□認知症対応型共同生活介護  □地域密着型特定施設入居者生活介護　□地域密着型介護老人福祉施設　□複合型サービス |
| （内容をお書きください。スペースが足りない場合は、適宜改行してください。） |
| 参照資料・根拠法令等 |
| 回　　答 |  |
| 根拠法令等 |

長野市高齢者活躍支援課介護施設担当　宛て（ＦＡＸ：０２６－２２４－５１２６）