**mail：jigyousyo@city.matsue.lg.jp**

松江市役所 介護保険課 事業所指定係　宛て（添書不要です）　　　　　　　　　　　**送信日　　　年　　　月　　　日**

**介護保険サービスに関する質問票**

**【留意事項】**

1. **事前に国が示す基準省令や解釈通知等のほか、厚生労働省より発出されている「介護サービス関係Q&A集」等を**

**確認し、質問箇所・内容が分かる書類の添付をお願いします。**

**(必須)　〇ページの問〇についての場合、その箇所を添付する。人員基準等の場合は個人情報に留意しながら、**

**勤務形態一覧表を添付するなど、質問の意図がわかるような資料を添付してください。**



[**「介護保険最新情報」(WAM NET)**](https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail-list?bun=020060090)[**「介護サービス関係Q&A一覧」(WAM NET)**](https://www.wam.go.jp/wamappl/kaigoServiceQA.nsf/aList?Open&sc=00&kc=0&pc=1) **「**[**介護サービス関係Q&A」(厚労省サイト)**](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.html)

**👈検索　　　　　　　　　　　　　　　　👈検索　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　👈検索**

1. **松江市の回答後、厚労省のQ＆A等により新たな通知があった際は厚労省の通知を優先的に適用させていただきます。**
2. **回答希望日を記載いただいた場合でも、期日に間に合わない場合があります。**
3. **今後、質問票と回答を松江市のホームページに掲載させて頂く可能性があります。**
4. **質問内容が不明な場合には、再度提出して頂く事があります。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表題 | |  | | |
| サービス種別  ※地域密着型は「地域密着型～」と記入 | |  | | |
| 事業所（施設）名 | |  | 担当者名 |  |
| 電話番号・FAX番号 | | TEL:　　　　　　　FAX: | mailアドレス |  |
| **当該質問項目の種別**　□ 加算算定　　□ 法・基準（人員・設備等）の解釈　　□ 制度の仕組み　　□ その他 | | | | |
| 質問の趣旨・内容 |  | | | |
| 見解及び添付書類等 | **※見解は必ず記載してください。その基となる添付書類があれば詳細を記入してください。** | | | |
| 例)　厚生労働省老健局　「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A(Vol.5)問１の答」より。など | | | |

個人情報保護の観点から、個人情報を添付する場合は、郵送でお願いします。