**mail：jigyousyo@city.matsue.lg.jp（原則メールでお送りください）**

松江市役所 介護保険課 事業所管理係　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. **質問票は、原則、メールで事業所管理係にお送りください。（ただし、個人情報がある場合は、郵便でお願いします。）**
2. **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」等を確認され、質問箇所・内容が分かる書類があれば添付をお願いします。その際、「○○年発文の〇ページの問〇について」といった場合、その箇所を添付してください。**

******また、人員基準等の質問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工夫してください。**

[**「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)

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. **「見解及び添付書類等」欄の記載がない場合、回答が遅れる場合があります。**
4. **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。**
5. **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**　□ 法・規則・基準(人員・設備等)等の解釈　□ 報酬・加算算定　□ 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それを添付してください。**  **※分からない場合も何らかの見解を記載ください。「調べましたが分かりません」はご遠慮ください。**  **※見解の記載がないものは回答が遅れることがあります。**  **※順番に処理をしていますので、希望日に回答できない場合があります。** | | | |
|  | | | |

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。