　整理番号：

姫路市介護保険事業者質問票

送信日：　 月　　日

**（監査指導課 Mail:** **kaigo-kansashido@city.himeji.lg.jp）**

　※質問内容を記入して、メールで姫路市監査指導課宛に送信してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  | | |
| 質問テーマ |  | | |
| 確認した根拠法令等  **※必ず記入すること** |  | | |
| 質問内容  （具体的に記入してください。） | □人員・運営・設備基準について　　□加算・減算について　　□その他 | | |
|  | | |
| 事業所としての判断  **※必ず記入すること** |  | | |
| 回 答 日 |  | | |
| 回 答 者 | 所属：監査指導課　　　　担当： | | |
| 市 回 答 |  | | |
| 参考事項 |  | | |

　※太枠の中のみご記入ください。太枠外は姫路市にて記入します。

　※各種参考書籍やホームページ等で確認した上、作成・送信するよう御協力お願いします。