大田市 健康福祉部 介護保険課 指導監査係　行

メールアドレス：o-shidou@iwamigin.jp

ＦＡＸ：０８５４－８４－９２０４

※ＦＡＸ送信される場合は本書のみ送信願います。（添書・送信票等は不要です。）

介護保険施設・サービス事業者等質問票

質問がございましたら、本票に記入し、メール又はＦＡＸにてお送りください。

事業所名		担当者名	
電話番号		ＦＡＸ番号	

☐地域密着型通所介護　☐認知症対応型共同生活介護

☐認知症対応型通所介護　☐地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

☐小規模多機能型居宅介護　☐定期巡回･随時対応型訪問介護看護

☐介護保険施設（サービス種別：　　）

☐居宅（介護予防）サービス（サービス種別：　　）

☐居宅介護支援

※該当のサービス種別にレ印を付けてください。（介護予防を含む）