報酬改定等に関する質問票

送信先：北九州市保健福祉局介護保険課　行

（FAX：０９３－５８２－５０３３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所番号** | ４ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **事業所名** |  |
| **担当者名** |  |
| **連 絡 先** | **電話番号** |  | **FAX番号** |  |
| **サービス種別（１つのサービス種別につき１枚で提出）**□ 居宅介護支援　　　　□ 訪問介護　　□ 訪問入浴介護　　□ 訪問看護□ 居宅療養管理指導　　□ 訪問リハビリテーション　 □ 福祉用具貸与・販売□ 通所介護　　　　　　□ 地域密着型通所介護　　　　□ 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　 　　 □ 介護老人福祉施設□ 介護老人保健施設　　□ 特定施設入居者生活介護　　□介護医療院　□ 認知症対応型通所介護　□ 夜間対応型訪問介護　　□ 認知症対応型共同生活介護□ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護□ 地域密着型特定施設入居者生活介護　　□ 小規模多機能型居宅介護□複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） |
| **質問の種類** | 令和６年度報酬改定にかかるもの | □　報酬改定以外 |
| □　制度的なもの | □　手続的なもの |
| **【件名】****【質問の内容】** |

**※質問にあたり必要な資料等があれば、添付してください。**

**【本市処理欄】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受付年月日** |  | **受付番号** |  |
| **同件有無** | あり |  | **回答状況** | □　Q&A |
| なし |  | □　個別対応 |

**配布先**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者支援係 | 居宅ｻｰﾋﾞｽ係 | 施設ｻｰﾋﾞｽ係 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **備考** |