質　問　票

質問はこの「質問票」でお願いします。

**（介護サービス関連：氷川町）**

|  |
| --- |
| 送付先：氷川町福祉課介護保険係**FAX番号：0965-５２－３９３９** |
| 質問されるサービスの種類 |  |
| **質問事項** |  |
| **質問者が考える回答案** | 回答案及び根拠 | **※上に記入した「質問事項」に対して、自分（質問者）として「このような取扱いになるのではないか」という回答案もしくは考えを必ず記入してください。** |
| 質問者 | 事業所・施設名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 事業・サービスの種類 |  |
| 質問者（職・氏名） |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

※FAX送信票は不要です。送付枚数本紙とも：　　　枚

※町記入欄　　回答：　　　年　　月　　日（担当　　　　　　　　　）