

(FAX の場合送信票不要)

【送付先】

電子メールアドレス choju@city.tsubame.lg.jp

長寿福祉課 FAX 番号 0256-77-8138

《介護保険に関する質問票》

介護保険に関する質問は、本様式により電子メール又はファクシミリでお願いします。

質問内容は、出来るだけ詳しく記入してください。質問の際は、事業所の見解も必ず記入し、問題の意図をはっきりさせてください。

なお、この質問票には、個人情報の記載された内容の記入はしないでください。

個人情報(氏名や被保険者番号等)を示しての質問は、送信後に電話で担当と調整ください。

送 信 日 時	令和 ○○年 △△月 ××日 ( 金 )
事 業 所 名	○×△□訪問介護サービスセンター
事 業 の 種 類	訪問サービス
質 問 者 の 職 ・ 氏 名	職名 ケアマネージャー 氏名 ○○ △△
質 問 者 連 絡 先	電話 FAX
	e-mail
質 問 事 項 名	認知症によりデイが利用できない場合の対応について
対 象 サ ー ビ ス	通所介護サービス
質 問 内 容	認知症により、帰宅願望が強くデイサービスを利用しているも、 . . . . . のため、 . . . . . での利用が難しい。 そのため . . . . . が必要と考えられるが、 その場合のサービス利用は . . . . . でよろしいか。
事 業 所 見 解	状況的に . . . . . ため、この場合 . . . . . は必要なものとする。
参 考 法 令 通 知 等	介護保険制度解説 (○○出版) P△△
希 望 回 答 期 限	① 7日以内 ② 7日以上でも可
市 使 用 欄	担当 回答

個人名は記載せず、必要があれば電話で伝えてください。

質問に対する事業所の見解を記載してください。

参考にした書籍やホームページなどを記載してください。