**質問用紙（20210324改訂）**

　魚沼市役所　介護福祉課　　様

　　下記事項について疑義が生じたので御教示願います。

質問日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者氏名（連絡先） |  |
| 被保険者住所 |  | 氏名 |  |
| 被保険者番号 |  | 生年月日 |  |
| 介護度 |  | 年齢 |  |
| 同居世帯員、  生活等の状況 |  | | |
| ＜質問事項＞    ＜事業所としての解釈及び根拠＞　※根拠（法令、通知等）は、必ず記載してください。 | | | |
| ＜回答＞ | | | |

市処理欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護福祉課 | 課長 | 係長 | 担当 |  | 受付 |
|  |  |  |  |  |
| 備考 | | | |