

介護報酬に関する照会フォーム(様式)

送信先：鹿児島市 介護保険課 給付係

アドレス：kaigo-kyufu@city.kagoshima.lg.jp

送信日：令和 年 月 日()

	項目	入力欄(全て必須) ※「特になし」等は不可
質問者	1. サービスの種類	
	2. 事業所・施設名	
	3. 質問者(氏名)	
	4. 電話番号	
質問事項	5. 質問の件名 (加算の名称等)	(例)●●加算の算定可否について など(事例に合わせて簡潔に記載)
	6. 参照資料(必須) (国通知、Q&A等)	
<p>【注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・可否判断を左右する事項は、もれなく記載してください。(事案毎に異なります) (利用者の状態、ケアプラン、提供記録、勤務割、研修実施、協定・契約内容、連携状況 など) ・必ず根拠法令等の資料を参照し、参照資料のどの部分に疑義があるのか等を具体的に記載してください。 		
備考		