

介護サービス事業に関する質問票

沖縄県介護保険広域連合計画推進課 課長宛 〒904-0398 中頭郡読谷村字比謝碓55番地 FAX911-7506(送信票は不要です)

問い合わせ日	令和	年	月	日	問い合わせ先	計画推進課 指導係	
質問種別	算定基準・指定基準・運営基準・人員基準・各種加算・届出・その他						
質問事業所				事業所番号			記入者名
電話番号				FAX番号			
回答希望期限	① 14日～20日	② 21日～30日	③ 特になし	※14日より早く回答する場合があります			
質問内容	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;">について</div>						
事業所の見解及び根拠							
確認欄 (捺印)	届出内容確認欄						
	事業所等			広域連合			
	管理者	質問提起者	その他職員	課長	係長	係	担当

問い合わせを行う際のチェックリスト(②～⑨の全てに該当する必要があります)

※こちらの書類も併せて提出してください

①	質問内容に個人情報が含まれていない (含まれている場合はFAXしないこと。事前に担当者と日程調整を行った上で窓口に来所するか郵送してください)	<input type="checkbox"/>
②	組織(事業所)としての質問である (職員個人としての質問はご遠慮ください)	<input type="checkbox"/>
③	質問内容及び事業所としての見解について全職員が情報共有した上で質問しているか	<input type="checkbox"/>
④	関係法令や通知、Q&Aを調べているか。条文の内容について十分に検討したか	<input type="checkbox"/>
⑤	事業所全体で、質問に対する意図や見解について十分に検討したか	<input type="checkbox"/>
⑥	事業所としての具体的見解及び見解に至る法的根拠についても遺漏なく明記しているか (判断に迷っている場合は、その具体的内容と質問時点での見解及び根拠について明記しているか)	<input type="checkbox"/>
⑦	質問票の記入漏れはないか (質問票のみでは内容が不十分と思われる場合は、必要に応じて詳細な資料等も添付してください)	<input type="checkbox"/>
⑧	管理者は、保険者からの回答が届き次第、その内容について速やかに全職員に周知します (周知を約束していただくことを前提に回答します)	<input type="checkbox"/>
⑨	管理者は、質問と回答について事業所内で保管し、職員が常に確認できる状態にします	<input type="checkbox"/>

回答			
広域連合			
課長	係長	担当	供覧