Ｆ　Ａ　Ｘ　質　問　票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| 連絡先電話番号 |  | ご担当者名 |  |
| ●質問区分（照会内容を選択してください。）  　返戻に関すること　　　　電子請求に関すること（証明書・パスワードなどに関すること）  　その他請求に関すること　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | |
| ●お問合せ内容 | | | |

**※ご質問についてはお電話にて順次回答いたしますが、内容によっては回答までに時間がかかる場合がございます。あらかじめご了承ください。**

※**お問合せの内容（算定に関する解釈、運営に関する基準等）によっては保険者（市町村）等へご案内させて頂くことがあります。**

**※算定に関する解釈のお問い合わせについては、「介護報酬の解釈（青本）」、介護報酬に関するＱ＆Ａ等をご確認いただいたうえでそれでも不明な場合、①事業所の見解②事業所での算定根拠もあわせて具体的に記載の上ご質問ください。**