**令和3年度障害サービス等報酬改定に関する質問票**

＜送付元＞

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| 電子メール |  |

＜質問事項＞（**具体的にわかりやすく**、記載してください。）

|  |
| --- |
| 質問事項 |
|  |
| 事業所の想定する取り扱いまたは考え等がある場合は記載してください。 |
|  |
| 参考とした基準、解釈通知等を記載してください。 |
|  |

※複数ページになる場合には，　／　　ページ等の記載により送付した枚数を明らかにしてください。

質問書提出日　：　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）