

(あて先) 鎌倉市介護保険課介護保険担当

FAX 0467(23)7505

介護保険サービスについての質問票兼回答票

事業所名			
担当者名		送信日	年 月 日
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

サービス種類	(訪問介護、居宅介護支援など)	質問項目	(ex.「加算について」など)
利用者の情報	(要介護度) 支 介 (年齢) 歳 (性別) 男 ・ 女 (家族構成) ☐ 単身 ☐ 同居家族あり ()		
質問内容 ※紙面が足りない場合は、別紙を添付してください。			
回答	【回答日：令和 年 月 日】		

- ※ 送信の際は、メールアドレス、FAX番号をよく確認してください。
- ※ 「利用者の情報」欄には、対象者の氏名や住所等は記入しないでください。
- ※ 介護保険課 メールアドレス：kaigo@city.kamakura.kanagawa.jp