

送付先 鹿児島市介護保険課給付係
FAX番号 099-219-4559

※ FAX番号はお間違えないようご注意ください。

平成 年 月 日

質 問 票	
(介護報酬関係等)	
質問者	事業所・施設名
	サービスの種類
	質問者(氏名)
	電話番号
質問事項	◎質問事項の参考にされた資料等ありましたら、資料名・ページ等を記載してください。 -----
備考	

※ FAX送付状は不要です。