**令和６年度　介護報酬改定等に関する質問票（小松市）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　所　名 |  |
| 質問しようとするサービス種類〇を付けて下さい | ・居宅介護（予防）支援事業所　　・グループホーム　　・小規模多機能　　・看護多機能　　　　　・認知デイ　　　　・密着デイ　　　・密着特養 |
| 担　当　者　名 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| 質　問　内　容 |  |

○サービス種類ごとに提出してください。

○質問の受付対象となるのは、小松市の所管の居宅介護支援事業所及び地域密着型サービス事業所

となります。その他のサービス事業所の方は所管先へお問い合わせください。

提出先：小松市長寿介護課

 FAX:0761-23-3243 　　　メール：kaigo@city.komatsu.lg.jp