年　　月　　日

**障害福祉サービスの報酬等に係る質問票**

 FAX番号 083-933-2779

　E-mail　a14100@pref.yamaguchi.lg.jp

　山口県健康福祉部障害者支援課　行

事業所名

サービス名

電　　話

＜注意事項＞　１　１枚につき１件の質問に限ること。

　　　　　　　２　関係法令等をよく読んだ上、事業所の考えを記入し、提出すること。

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  ＜表題＞  |
|  ＜サービス種別＞  |
|  ＜質問内容＞ ＜事業所の考え＞ |
| 回　　　答　　　欄 |
| （担当：　　　　）　 |