　　令和　年　月　日

**障害福祉サービス報酬等に係る質問票**

下関市障害者支援課　行

事業所名

担当者名

電話番号

【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うえ**、事業所の考えを記入すること。

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