北上市介護予防・日常生活支援総合事業質問票＜FAX専用＞

**＜送信先＞　　北上市保健福祉部長寿介護課　　ＦＡＸ：0197（64）0287**

◎太枠内をもれなく記入して下さい。“□”は該当するものを“■”として下さい

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 問合せ  年月日 | 平成　　年　　月　　日 | 北上市使用欄 | 対応係　　審査・給付  高齢・包括  回答日　　　　　月　　　日 | |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  | | | |
| 担当者名 |  | 連絡先電話番号  ＦＡＸ番号 | |  |
| 件名 | □　請求に関する問合せ　　　□　指定申請に関する問合せ  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | | | | |
| ＦＡＸ送信枚数　　　　　　　　　　　　　枚(本票を含む) | | | | |