（別　紙）

令和６年　　　　月　　　　日

F A X：027-231-7667

MEIL：uto@mail.gunma.med.or.jp

**介護報酬改定質問事項**

郡市医師会名　　　　　　　　　　医師会

質問者名

【質問項目】＊該当番号を〇で囲んでください。

１．居宅介護支援　　　　　２．訪問系サービス　　　　　３．通所系サービス

４．短期入所系サービス　　５．特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）

６．福祉用具貸与・特定福祉用具販売　　　　　　　　　　７．地域密着型サービス

８．介護予防サービス　　　９．介護保険施設等　　　　　１０．その他

【質問内容】

※ご質問は取り纏め、後日群馬県医師会ホームページ上で回答を公開する予定です。