質　　問　　書

　年　　月　　日

　高齢者支援課長　様

事業所名

担当者名

電話番号

FAX又は

 ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

　以下のことについて、ご回答願います。なお、添付資料が　　　枚あります。

なお、回答は（　FAX　・　メール　）にてお願いいたします。

上記のことについて調べた冊子・HP等

※　注意事項

　・　質問の内容はできるだけ詳細にご記入ください。

　・　関係機関に問い合わせることもありますので、回答までに数日いただく場合もございます。日

にちに余裕を持ってお出しください。

　・　個人情報保護の観点から、人物を特定する場合は被保険者番号をお使いください。実名は使用

しないでください。

益子町高齢者支援課介護保険係

TEL：0285-72-8852

FAX：0285-70-1141

Mail: kourei@town.mashiko.lg.jp