

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
メールアドレス

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てください。
- ・ 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