

(参考様式)

年 月 日

宮崎県福祉保健部長寿介護課長 殿

開設者
(法人にあつては法人名)
(代表者職氏名)

⑩

通所介護等における集合住宅減算の取扱いについて (回答)

年 月 日に通知のあったこのことについて、下記のとおり回答します。

記

(事業所名)

(提供サービス) ※該当するサービス名にチェック

- 通所介護
- 通所リハビリテーション

(提出書類)

- (1) かがみ (本書)
- (2) 自己点検報告書