

令和6年度総合事業における回数制導入に係る質問票

法 人 名		
事 業 所 名		
質 問 担 当 者		
連 絡 先	電話番号	
	メールアドレス	

○質問内容

質 問 本 文	
参考とした資料	

オンライン説明会への参加希望	有り	・	無し
参加希望日時	9月5日11時～		9月5日15時～

○送付先

川越市福祉部介護保険課（メール優先）	
メールアドレス	kaigohoken★city.kawagoe.lg.jp ※メール送付時は★を@に変更してください。
ファックス番号	049-224-5384

※川越市使用欄

※川越市使用欄		管理番号	
担 当 者 名	管理給付担当（ ）		
対 応 日 時	年 月 日 時 分頃		
回 答 方 法			
回 答 内 容			
回 答 根 拠			