

## 【地域生活支援事業 実状調査票】

株式会社フォーエヴァー

FAX送付先：06-6486-1052 ((株)フォーエヴァー 介護保険システム部)

※2008年8月29日(金)までにお送り下さい。

すべてのお客様は、下記にご記入の上、上記にFAXして下さい。

お客様の 事業所の名称			
ご住所	〒		
ご担当者			
電話番号		FAX番号	
→右に□にチェックを 入れて下さい	<p>Q. お客様は地域生活支援事業を行っていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 行っています →サービス名称をお書き下さい (1) (2) (3)</p> <p><input type="checkbox"/> 行っていません</p> <p>Q. 請求書等の提出先の市町村は支払事務を国保連に委託しますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 委託します →市町村名をお書き下さい (1) (2) (3)</p> <p><input type="checkbox"/> 委託しません → 年 月ころから委託する予定です</p> <p><input type="checkbox"/> 委託するかどうか、まだわかりません →はっきりするのは 月 日ころです</p> <p>Q. 簡易入力ソフトは入手しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 入手しました</p> <p><input type="checkbox"/> まだ入手していません</p> <p><input type="checkbox"/> 委託しないので、入手する必要はありません</p>		
その他(連絡事項などあれば..)			