

SaaS型電子申請サービス（利用者）

| | | | |
|-----------------------|------------------------|---|-----------------------|
| 手続き申込 | 申込内容照会 | - | 利用者登録 |
| ログイン | | | |

[申請団体選択へ](#)  [ヘルプ](#)

手続き申込

| | | | | | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------|----------------|
| 手続き検索 STEP 1 | 手続き一覧 STEP 2 | 手続き内容 STEP 3 | メールアドレス入力 STEP 4 | 確認メール送信完了 STEP 5 | 申込 STEP 6 | 申込確認 STEP 7 | 申込完了 STEP 8 |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------|----------------|

申込

徳島市総合事業アンケート(事業所向け)

| | |
|---------|--|
| 説明 | <p>徳島市総合事業アンケート(事業所向け)</p> <p>「趣旨」 http://www.city.tokushima.tokushima.jp/kenko_fukushi/kaigo/index.html</p> <p>「締切」平成28年12月末日まで</p> <p>「提出主体」徳島市内の介護予防訪問介護サービス及び介護予防通所介護サービス事業所の方</p> <p>「提出方法」このサイトによる電子申請、介護・ながいき課に直接持参、郵送</p> <p>「留意事項」同一事業所で予防訪問介護と予防通所介護を同時に行っている場合は、事業所ごとに取りまとめて1通のみ提出してください</p> <p>「情報保護」本アンケートにより知り得た情報は新総合事業の今後の方針検討用資料としてのみ使用することとし、本アンケートに起因する問い合わせ・照会を除き、それ以外の目的に使用しないこととします。</p> |
| 受付時期 | 2016年11月18日1時01分～2016年12月31日23時59分 |
| 問い合わせ先 | 介護・ながいき課高齢者いきがい係 |
| 電話番号 | 088-621-5176 |
| FAX番号 | |
| メールアドレス | |

※印があるものは必須です。

▲印は選択肢の結果によって入力条件が変わります。

■ 設問1 基本情報について

| | |
|---------|---|
| 法人名 ※ | 申請者の法人名を入力してください。 <input type="text"/> |
| 事業所番号 ※ | 事業所番号を入力してください。 <input type="text"/> |
| 事業所名 ※ | 事業所名を入力してください <input type="text"/> |
| 記載者氏名 | このアンケートを記載された方の氏名を入力してください。(任意) <input type="text"/> |

| | |
|----------------|---|
| 電話番号 ※ | 連絡先の電話番号を入力してください。 入力例)012-345-6789 または 0123456789 <input type="text"/> |
| メールアドレス | メールアドレスを入力してください。(任意) <input type="text"/> |
| 経営主体 ※ 選択解除 | 法人の経営主体について1つ選択してください。 <input type="radio"/> 1 社会福祉法人(社協以外) <input type="radio"/> 2 社会福祉法人(社協) <input type="radio"/> 3 医療法人 <input type="radio"/> 4 民法法人(社団・財団) <input type="radio"/> 5 営利法人 <input type="radio"/> 6 非営利法人(NPO) <input type="radio"/> 7 農協 <input type="radio"/> 8 生協 <input type="radio"/> 9 その他(個人含む) <input type="radio"/> 10 その他法人 <input type="text"/> |
| 情報の入手方法 | 新総合事業についてどういったところから情報を入手していますか。該当するものを選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 1 テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 2 定期購読の新聞 <input type="checkbox"/> 3 書籍・雑誌・機関紙等 <input type="checkbox"/> 4 インターネット <input type="checkbox"/> 5 企業が主催するセミナー <input type="checkbox"/> 6 所属する協会・団体の説明会等 <input type="checkbox"/> 7 徳島市の研修会・説明会等 <input type="checkbox"/> 8 その他 <input type="text"/> |
| インターネットについて ▲ | 前項で「インターネット」について該当があった方にお尋ねします。 どういったサイトで情報を入手しているのか、主に見ている範囲で該当するものを選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 1 厚生労働省等の国の官庁のホームページ <input type="checkbox"/> 2 市町村のホームページ <input type="checkbox"/> 3 国保中央会・国保連合会のホームページ <input type="checkbox"/> 4 WAMネットのホームページ <input type="checkbox"/> 5 所属する協会・団体のホームページ <input type="checkbox"/> 6 マスコミのニュース配信サイト等 <input type="checkbox"/> 7 SNS(メーリングリスト、掲示版、フェイスブック等) <input type="checkbox"/> 8 その他 <input type="text"/> |

■ 設問2 提供サービスとその従事者及び利用者数について

| | |
|--------------|--|
| 提供サービスについて ※ | あなたの事業所が現在提供しているサービスについて該当するものを選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 1 予防訪問介護 <input type="checkbox"/> 2 予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 3 予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 4 予防訪問リハビリテーション |
|--------------|--|

| | |
|--------|--|
| | <input type="checkbox"/> 5 予防通所介護 <input type="checkbox"/> 6 予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 7 予防短期入所生活介護、予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 8 予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 9 予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 10 予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 11 予防夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 12 予防居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 13 予防福祉用具貸与、特定予防福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 14 その他の介護サービス |
| 従業者数 ※ | あなたの事業所で平成28年10月末日現在の全従業者(非常勤含む)の人数を記載してください。その内、予防訪問介護と予防通所介護に従事している人数をそれぞれ記載してください。(兼務の場合はそれぞれにカウント) 全従事者数 <input type="text"/> 人 |
| " | うち予防訪問介護 <input type="text"/> 人 |
| " | うち予防通所介護 <input type="text"/> 人 |
| 従業者の職種 | あなたの事業所において平成28年10月末日現在で雇用されている従業者(非常勤含む)の職種を全て選択してください。なお、複数の資格を保有している場合は全て選択してください。 <input type="checkbox"/> 1 管理者 <input type="checkbox"/> 2 サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 3 医師 <input type="checkbox"/> 4 保健師 <input type="checkbox"/> 5 看護師 <input type="checkbox"/> 6 准看護師 <input type="checkbox"/> 7 薬剤師 <input type="checkbox"/> 8 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 9 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 10 理学療法士 <input type="checkbox"/> 11 作業療法士 <input type="checkbox"/> 12 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 13 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 14 栄養士 <input type="checkbox"/> 15 機能訓練指導員 <input type="checkbox"/> 16 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 17 ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 18 ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 19 ヘルパー初任者研修修了 <input type="checkbox"/> 20 ヘルパー実務者研修修了 <input type="checkbox"/> 21 生活相談員 <input type="checkbox"/> 22 介護職員 <input type="checkbox"/> 23 事務職員 <input type="checkbox"/> 24 その他の医療・保健・介護等の福祉の資格 <input type="text"/> |

■ 予防訪問介護の実施について

予防訪問介護を提供している事業所へお尋ねします。あなたの事業所における平成28年10月中のサービス実績についてお答えください。不明の場合は空欄にしてください。

サービスの利用人数 利用「実」人員数 人

| | |
|--|--|
| " | 利用「延」人員数 <input type="text"/> 人 |
| 利用者数の増減 <input type="button" value="選択解除"/> | 昨年の同時期と比較して増減の傾向を選択してください。不明の場合は空欄としてください。 <input type="radio"/> 上回っている <input type="radio"/> 横ばい <input type="radio"/> 下回っている |
| " ▲ | 「上回っている」と回答した場合にお伺いします。その理由として該当するものを選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 1 利用者又はサービス利用回数の自然増加 <input type="checkbox"/> 2 設備向上等による受け入れ拡大 <input type="checkbox"/> 3 人員体制の見直しによる規模拡大 <input type="checkbox"/> 4 宣伝等によるPR効果 <input type="checkbox"/> 5 業務効率化による回転率の向上 <input type="checkbox"/> 6 介護保険外サービス等の提供による価値向上 <input type="checkbox"/> 7 その他 <input type="text"/> |
| 訪問内容 身体介護 | 訪問の中で行っている身体介護サービスについて該当するものを選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 1 排泄介助 <input type="checkbox"/> 2 食事介助 <input type="checkbox"/> 3 特段の専門的配慮をもって行う調理 <input type="checkbox"/> 4 清拭(全身清拭) <input type="checkbox"/> 5 部分浴 <input type="checkbox"/> 6 全身浴 <input type="checkbox"/> 7 洗面等 <input type="checkbox"/> 8 身体整容 <input type="checkbox"/> 9 更衣介助 <input type="checkbox"/> 10 体位変換 <input type="checkbox"/> 11 移乗・移動介助 <input type="checkbox"/> 12 通院・外出介助 <input type="checkbox"/> 13 起床及び就寝介助 <input type="checkbox"/> 14 服薬介助 <input type="checkbox"/> 15 自立生活支援のための見守りの援助 <input type="checkbox"/> 16 その他 <input type="text"/> |
| 訪問内容 生活援助 | 訪問の中で行っている生活援助サービスについて該当するものを選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 1 掃除 <input type="checkbox"/> 2 洗濯 <input type="checkbox"/> 3 ベッドメイク <input type="checkbox"/> 4 衣類の整理・被服の補修 <input type="checkbox"/> 5 一般的な調理、配下膳 <input type="checkbox"/> 6 買い物・薬の受け取り <input type="checkbox"/> 7 その他 <input type="text"/> |
| 時間範囲 <input type="button" value="選択解除"/> | 一回あたりの訪問で提供した平均的な時間について該当するものを選択してください。 <input type="radio"/> 20分未満 <input type="radio"/> 20分以上～30分未満 <input type="radio"/> 30分以上～40分未満 <input type="radio"/> 40分以上～1時間未満 <input type="radio"/> 1時間以上～2時間未満 <input type="radio"/> 2時間以上 |

■ 予防通所介護の実施について

予防通所介護を提供されている事業所へお尋ねします。あなたの事業所における平成28年10月中のサービス実績についてお答えください。不明の場合は空欄としてください。

| | |
|--|---|
| サービスの利用 人数 | 利用「実」人員数 <input type="text"/> 人 |
| 〃 | 利用「延」人員数 <input type="text"/> 人 |
| 〃 | 定員(累計) <input type="text"/> 人 |
| 〃 | 開催回数 <input type="text"/> 回 |
| 利用者数の増減 <input type="button" value="選択解除"/> | 昨年の同時期と比較して増減の傾向を選択してください。不明の場合は空欄としてください。 <input type="radio"/> 上回っている <input type="radio"/> 横ばい <input type="radio"/> 下回っている |
| 〃 ▲ | 前項で「上回っている」と回答した場合にお伺いします。その理由として該当するものを選択してください。 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 1 利用者又はサービス利用回数の自然増加 <input type="checkbox"/> 2 設備向上等による受け入れ拡大 <input type="checkbox"/> 3 人員体制の見直しによる規模拡大 <input type="checkbox"/> 4 宣伝等によるPR効果 <input type="checkbox"/> 5 業務効率化による回転率の向上 <input type="checkbox"/> 6 介護保険外サービス等の提供による価値向上 <input type="checkbox"/> 7 その他 <input type="text"/> |
| 通所内容 | 行っているサービスについて該当するものを選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 1 食事 <input type="checkbox"/> 2 入浴 <input type="checkbox"/> 3 排泄 <input type="checkbox"/> 4 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 5 栄養改善 <input type="checkbox"/> 6 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 7 生活機能向上トレーニング <input type="checkbox"/> 8 健康相談・健康管理 <input type="checkbox"/> 9 その他 <input type="text"/> |
| 時間範囲 <input type="button" value="選択解除"/> | 一回あたりの通所で提供した平均的な時間について該当するものを選択してください。 <input type="radio"/> 1時間未満 <input type="radio"/> 1時間以上～2時間未満 <input type="radio"/> 2時間以上～4時間未満 <input type="radio"/> 4時間以上～6時間未満 <input type="radio"/> 6時間以上 |

■ 設問3 提供サービスの課題について

| | |
|--------|--|
| 運営上の課題 | 予防訪問介護、予防通所介護を展開する上で、あなたの事業所の運営上の課題について主なものから順に選択してください。(最大3つ) <input type="checkbox"/> 1 新規利用者の獲得が困難 <input type="checkbox"/> 2 利用者のサービス利用の継続 |
|--------|--|

| | |
|--------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 3 利用者1人あたりの利用量が少ない <input type="checkbox"/> 4 設備・スタッフなどが不足し量的に利用者のニーズに応えられない <input type="checkbox"/> 5 利用者や家族が介護保険制度やサービスをよく理解していない <input type="checkbox"/> 6 利用者の身体状況の把握が難しい <input type="checkbox"/> 7 利用者からの苦情や事故への対応 <input type="checkbox"/> 8 訪問や送迎が非効率(エリアが広い等) <input type="checkbox"/> 9 従業員の確保 <input type="checkbox"/> 10 従業員が短期間で離職してしまう <input type="checkbox"/> 11 従業員の人材育成 <input type="checkbox"/> 12 責任者など中堅人材の確保・育成 <input type="checkbox"/> 13 他のサービス事業所との競合が激しい <input type="checkbox"/> 14 ケアマネジャーなど他事業所・他職種との連携 <input type="checkbox"/> 15 他のサービス事業所との連携 <input type="checkbox"/> 16 医療機関との連携 <input type="checkbox"/> 17 介護報酬が低い <input type="checkbox"/> 18 介護保険以外の収入確保 <input type="checkbox"/> 19 物品購入などの仕入コスト <input type="checkbox"/> 20 その他 <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |
| <p>質の向上への取組</p> | <p>サービスの質の向上のための取り組みについてお伺いします。従業員の昇進、昇給等に際して、どのような内容・項目で評価を行っていますか。主なものから順に選択してください。(最大3つ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 在職期間(勤続年数) <input type="checkbox"/> 2 自分の事業所以外を含めた当該職種としての経験年数 <input type="checkbox"/> 3 所有している資格の種類 <input type="checkbox"/> 4 介護技術面の能力 <input type="checkbox"/> 5 管理能力 <input type="checkbox"/> 6 利用者・顧客からの評価・評判(CS 調査結果など) <input type="checkbox"/> 7 研修等の受講状況 <input type="checkbox"/> 8 業務への取り組み意欲 <input type="checkbox"/> 9 昇進・昇格に関する評価制度はない <input type="checkbox"/> 10 その他 <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |
| <p>従業員への支援</p> | <p>従業員の研修や資格取得について、あなたの事業所としての取り組みはありますか。該当するものを選択し、具体的な例を200文字以内で記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 事業所として研修や資格取得に取り組んでいる <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2 個人の研修参加や資格取得の機会を設けている <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |
| <p>支援事業所との連携課題</p> | <p>居宅介護支援事業所または介護予防支援事業所(地域包括支援センター等)との連携ににおける課題について、主なものから順に選択してください。(最大3つ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 利用者が要求するサービス内容と実際の依頼内容にずれがある <input type="checkbox"/> 2 サービスの依頼が来ても、利用者の情報がないため、個別のサービス計画がたてられない <input type="checkbox"/> 3 利用者の既往症や病気などの情報がないため、不安を感じている <input type="checkbox"/> 4 利用者がケアマネジャー(介護予防支援の担当職員を含む)を介在せずに直接サービス提供者に予定変更を伝えてくる <input type="checkbox"/> 5 ケアマネジャー(介護予防支援の担当職員を含む)とのやりとりが煩雑 <input type="checkbox"/> 6 ケアマネジャー(介護予防支援の担当職員を含む)が利用者の状況を十分把握していない <input type="checkbox"/> 7 同一法人内で居宅介護支援事業所も実施しているため、連携は必要ない <input type="checkbox"/> 8 連携はうまくいっており、特に課題はない |

| | |
|----------|--|
| | <input type="checkbox"/> 9 その他 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| 医療機関との連携 | <p>医療機関との連携について、あなたの事業所として取り組んでいることがありますか。主なものから順に選択してください。(最大3つ)</p> <input type="checkbox"/> 1 医療機関から利用者の健康管理や処置について助言を受けている <input type="checkbox"/> 2 往診をしてくれる医師・医療機関がある <input type="checkbox"/> 3 急変時の受入を依頼できる医療機関を確保している <input type="checkbox"/> 4 医療機関と職員研修で連携している <input type="checkbox"/> 5 医療機関と緊急時の対応が規定されている <input type="checkbox"/> 6 自らもしくは法人として医療機関を経営しており、連携が図られている <input type="checkbox"/> 7 連携していない <input type="checkbox"/> 8 その他 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |

■ 予防訪問介護(介護報酬への影響)

予防訪問介護を提供されている事業所へお尋ねします。平成27年の介護報酬改定による、あなたの事業所における予防訪問介護の収益の変化・対策等についてお答えください。

| | |
|---|---|
| 事業所の収益 <input type="button" value="選択解除"/> | <input type="radio"/> 上回っている <input type="radio"/> 横ばい <input type="radio"/> 下回っている |
| 実施した対策・対応 ▲ | <p>前項で「下回っている」と回答した場合にお伺いします。対応策として実施したもののうち、主なものから順に選択してください。(最大3つ)</p> <input type="checkbox"/> 1 賃金労働条件の見直し <input type="checkbox"/> 2 非正規を中心とした雇用への切り替え <input type="checkbox"/> 3 欠員補充なし <input type="checkbox"/> 4 要支援者の受け入れを中止・停止 <input type="checkbox"/> 5 処遇改善加算等の取得 <input type="checkbox"/> 6 宣伝等によるPR強化 <input type="checkbox"/> 7 介護保険外サービスによる収入確保 <input type="checkbox"/> 8 物品購入などの仕入コストの切り下げ <input type="checkbox"/> 9 設備向上等による収益率の向上 <input type="checkbox"/> 10 業務効率化による回転率の向上 <input type="checkbox"/> 11 その他 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |

■ 予防通所介護(介護報酬への影響)

予防通所介護を提供されている事業所へお尋ねします。平成27年の介護報酬改定による、あなたの事業所における予防通所介護の収益の変化・対策等についてお答えください。

| | |
|---|--|
| 事業所の収益 <input type="button" value="選択解除"/> | <input type="radio"/> 上回っている <input type="radio"/> 横ばい <input type="radio"/> 下回っている |
| 実施した対策・対応 ▲ | <p>前項で「下回っている」と回答した場合にお伺いします。対応策として実施したもののうち、主なものから順に選択してください。(最大3つ)</p> <input type="checkbox"/> 1 賃金労働条件の見直し <input type="checkbox"/> 2 非正規を中心とした雇用への切り替え <input type="checkbox"/> 3 欠員補充なし <input type="checkbox"/> 4 要支援者の受け入れを中止・停止 <input type="checkbox"/> 5 処遇改善加算等の取得 |

- 6 宣伝等によるPR強化
- 7 介護保険外サービスによる収入確保
- 8 物品購入などの仕入コストの切り下げ
- 9 設備向上等による収益率の向上
- 10 業務効率化による回転率の向上
- 11 その他

■ 設問4 緩和型サービスへの参入意向について

今後徳島市で展開を検討する緩和型サービスの参入意向について、該当するものを選択してください。なお、現時点で、基準等の詳細はお示しできませんので、現在の事業所の方向性で差し支えなく、将来の方針変更を妨げるものではありません。可能性を視野に幅広く回答をしていただければと思います。また、そもそもサービスを展開していない場合は、無回答で構いません。

■ 緩和型サービスへの移行について(訪問型サービス)

訪問型サービスの参入意向

選択解除

- 1 参入を検討する
- 2 参入を検討するつもりはない

参入重視事項 ▲

選択解除

前項で「参入を検討する」と回答した場合にお伺いします。その参入条件としてもっとも重視する事項について、該当するものを**1つだけ**選択してください。

- 1 サービス内容の簡略化による回転率、コスト収益の向上
- 2 人員基準の緩和による採算の維持
- 3 設備基準の緩和による採算の維持
- 4 その他

参入不可理由 ▲

前項で「参入を検討するつもりはない」と回答した場合にお伺いします。その理由として該当するものを選択してください。(複数回答可)

- 1 経営方針として確定している
- 2 要介護者向けサービスに専念する予定
- 3 中長期的に訪問サービス又は通所サービスからの事業撤退も視野に入れている
- 4 これ以上の新規対象者の受け入れが困難
- 5 その他

■ 緩和型サービスへの移行について(通所型サービス)

通所型サービスの参入意向

選択解除

- 1 参入を検討する
- 2 参入を検討するつもりはない

参入重視事項 ▲

選択解除

前項で「参入を検討する」と回答した場合にお伺いします。その参入条件としてもっとも重視する事項について、該当するものを**1つだけ**選択してください。

- 1 サービス内容の簡略化による回転率、コスト収益の向上
- 2 人員基準の緩和による採算の維持
- 3 設備基準の緩和による採算の維持
- 4 その他

参入不可理由 ▲

前項で「参入を検討するつもりはない」と回答した場合にお伺いします。その理由として該当するものを選択してください。(複数回答可)

- 1 経営方針として確定している
- 2 要介護者向けサービスに専念する予定
- 3 中長期的に訪問サービス又は通所サービスからの事業撤退も視野に入れている

| | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> 4 これ以上の新規対象者の受け入れが困難 <input type="checkbox"/> 5 その他 <input type="text"/> |
|--|---|

■ 設問5 保険外サービスへの取り組みについて

| | |
|--|---|
| 保険外サービス 取組 <input type="button" value="選択解除"/> | 介護保険外サービスについて今後、事業所として取り組んでいけますか？ 該当するものを選択してください。 <input type="radio"/> 1 既に積極的に取り組んでいる <input type="radio"/> 2 今後、取り組みを検討したい <input type="radio"/> 3 現状を変えるつもりはない <input type="radio"/> 4 その他 <input type="text"/> |
| 保険外サービス 内容 | 介護保険外サービスについて、これまでに取り組んでいるものがあれば該当するものを選択してください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 1 買物支援サービス <input type="checkbox"/> 2 配食サービス <input type="checkbox"/> 3 宿泊サービス <input type="checkbox"/> 4 家事代行サービス <input type="checkbox"/> 5 生活援助サービス <input type="checkbox"/> 6 物品販売(日常生活品) <input type="checkbox"/> 7 見守りサービス <input type="checkbox"/> 8 趣味支援のサービス <input type="checkbox"/> 9 旅行・外出支援サービス <input type="checkbox"/> 10 美容・理容・整容サービス <input type="checkbox"/> 11 その他 <input type="text"/> |
| 保険外サービス 物品販売 | 前項で物品販売を選択された場合にご回答ください。物品販売の対象物は何ですか。該当するものを選択してください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 1 弁当 <input type="checkbox"/> 2 生鮮食料品、惣菜、おやつなど <input type="checkbox"/> 3 介護用品 <input type="checkbox"/> 4 衛生材料・消毒用品 <input type="checkbox"/> 5 日用品 <input type="checkbox"/> 6 その他 <input type="text"/> |
| ご意見等 | 今後、保険外サービスの提供を拡大していく上で、どのような環境整備や支援が必要と考えますか？(自由記載) |

入力文字数: 0 / 1000

■ 設問6 その他

最後にこれまでにご記入いただいた他に、介護保険制度や高齢者をめぐる課題について問題点、ご意見、ご要望等がありましたらご記入ください。(自由記載)

入力文字数: 0 / 1000

確認へ進む

※入力中の申込データをパソコンに一時保存します。

※一時保存した申込データを再度読み込みます。

申込データの一時保存

一時保存した申込データの読み込み

【申込データ一時保存、再読み込み時の注意事項】

- ・添付ファイルは一時保存されません。再読み込み後は、必要に応じて、ファイルを添付し直してください。
- ・パソコンに一時保存した申込データはパソコンで閲覧・加筆・修正することはできません。
- ・システムに読み込む場合は一時保存した手続きの画面でしか読み込めませんので、ご注意ください。

「申込データの一時保存」では申込みの手続きが完了しておりませんのでご注意ください。

【操作に関するお問合せ先(コールセンター)】

TEL : 0120-464-119

(平日 9:00~17:00 年末年始除く)

FAX : 06-6455-3268

電子メール : help-shinsei-tokushima@s-kantan.com

【制度等手続きの内容に関するお問合せ先】

直接担当課にお問合せください。