島根県健康福祉部　障がい福祉課内事務局　行（添書不要）

送信先：０８５２－２２－６６８７

質　問　票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 担当者名 |  | 質問日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 電話番号 | （　　　）　　－ | ＦＡＸ番号 | （　　　）　　－ |
|  | | | |
| 社会福祉施設等の内容 | 該当する区分に☑してください。  □保護施設　□高齢者福祉施設　□障がい福祉施設　□児童福祉施設 | | |
| 補助金交付要綱別表の右欄に記載されたサービス種別から該当するものを記載してください。 | | |
|  | | | |
| 質問項目 |  | | |
| 質問内容 |  | | |

※質問は、１枚につき１項目としてください。質問内容を確認後、担当課からご連絡します。