

**指定障がい福祉サービス等の  
前年度実績に伴う基本報酬及び加算にかかる質問・回答FAX送信票**

<b>質問宛先</b>	大阪市福祉局障がい者施策部運営指導課(指定)	<b>質問日</b>	年 月 日
<b>FAX番号</b>	06-6241-6608	(電話番号)	(06-6241-6520)

<b>回答宛先</b>		<b>回答日</b> ※本市記入欄	年 月 日
<b>FAX番号</b>		<b>電話番号</b>	
<b>事業所名</b>		<b>事業所番号</b>	
<b>法人名</b>		<b>担当者</b>	
<b>サービス種別</b>			

※FAX若しくは電話にて回答させていただきますので、上記項目を漏れなくご記入ください。

※個人情報、送付しないでください。

<b>お問合せ内容</b> (いずれかに○をつけてください) 1 前年度実績に伴う基本報酬及び加算 2 その他
---

<b>質問(事業者記入欄)</b>

<b>回答(大阪市記入欄)</b>

※このFAX送信票若しくは電話にて回答させていただきます。