

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問い合わせ様式(質問票)

質問宛先	大阪市福祉局障がい者施策部運営指導課(指定)	質問日	年 月 日
FAX番号	06-6241-6608	(電話番号)	(06-6241-6520)
回答宛先		回答日 ※本市記入欄	年 月 日
FAX番号		電話番号	
事業所名		事業所番号	
法人名		担当者	
サービス種別			

※FAXやメールでお問い合わせをいただいても電話で回答する場合がありますのでご承知おきください。

※個人情報、送付しないでください。

お問合せ内容 (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

質問(事業者記入欄)

回答(大阪市記入欄)