

居 宅 療 養 管 理 指 導 届 出 書

(フリガナ)		生 年 月 日	性別
利用者氏名		1. M    2. T    3. S 年    月    日生	1. 男 2. 女
居 住 地			
要介護・要支援 状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
認定有効期間	年 月 日 から                      年 月 日 まで		
療養管理指導 見込み期間	年 月 日 から                      年 月 日 まで		
管理指導区分	医 師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤管理 ・ 栄養管理 ・ 歯科衛生士		
その 他 参考事項	<p>※ 1. 療養管理指導見込み期間は、認定有効期間内としてください。</p> <p>2. 療養管理指導を中止した場合は、高崎市福祉事務所へその旨、 連絡をしてください。</p> <p>3. 各区分欄は該当項目を○で囲んでください。</p>		

上記のとおり、居宅療養管理指導を予定(実施)しているのをお届けいたします。

(あて先) 高崎市福祉事務所長

令和    年    月    日

(指定介護機関)

住 所

名 称

印