

介護（介護予防）居宅療養管理指導開始連名簿

指定介護機関名及び所在地

介護機関コード								
町村名								
1	ケース番号	世帯員 番号	氏 名	開始年月	介護保険	備 考	確認欄	
					有 ・ 無			
	要介護度の認定 有効年月日	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで						
	要介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5						
2	ケース番号	世帯員 番号	氏 名	開始年月	介護保険	備 考		
					有 ・ 無			
	要介護度の認定 有効年月日	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで						
	要介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5						
3	ケース番号	世帯員 番号	氏 名	開始年月	介護保険	備 考		
					有 ・ 無			
	要介護度の認定 有効年月日	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで						
	要介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5						
4	ケース番号	世帯員 番号	氏 名	開始年月	介護保険	備 考		
					有 ・ 無			
	要介護度の認定 有効年月日	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで						
	要介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5						
5	ケース番号	世帯員 番号	氏 名	開始年月	介護保険	備 考		
					有 ・ 無			
	要介護度の認定 有効年月日	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで						
	要介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5						

指定介護機関へお願い

- 1 町村ごとに別葉としてください。
- 2 (介護予防)居宅療養管理指導を開始された被保護者について記載し、福祉事務所に送付してください。
- 3 **要介護(支援)認定有効期間が終了し、更新された場合は再度提出をお願いします。**
- 4 備考欄は、福祉事務所への連絡事項にご利用下さい。