

(介護扶助) 居宅療養管理指導 開始・終了連絡票 (兼介護券請求票)

・下記の者について、居宅療養管理指導(介護予防含む。)の算定を開始(または終了)しましたので連絡します。また、開始分については、介護券を送付願います。

令和 年 月 日

医療機関名
(調剤薬局名)

4	4								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名	生年月日				開始日				終了日				サービスの種類 (いずれかに○)	情報提供先の居宅介護支援事業者 又は地域包括支援センターの名称	班	担当CW	確認
	年号	年	月	日	年号	年	月	日	年号	年	月	日					
					R				R				1.介護予防居宅療養管理指導 2.居宅療養管理指導				
					R				R				1.介護予防居宅療養管理指導 2.居宅療養管理指導				
					R				R				1.介護予防居宅療養管理指導 2.居宅療養管理指導				
					R				R				1.介護予防居宅療養管理指導 2.居宅療養管理指導				
					R				R				1.介護予防居宅療養管理指導 2.居宅療養管理指導				
					R				R				1.介護予防居宅療養管理指導 2.居宅療養管理指導				
					R				R				1.介護予防居宅療養管理指導 2.居宅療養管理指導				
					R				R				1.介護予防居宅療養管理指導 2.居宅療養管理指導				
					R				R				1.介護予防居宅療養管理指導 2.居宅療養管理指導				

※ 太枠内は全て記入してください。

※ 開始日・終了日はどちらか一方を記載してください。(開始月と終了月が同月の場合はどちらも記載可)

※ 介護支援専門員(ケアマネジャー)への情報提供が算定要件となっています。情報提供先については必ず明記ください。

※ 情報提供先となる介護支援専門員(ケアマネジャー)については、「介護保険被保険者証の確認」又は「本人および家族等への聞き取り」により確認してください。

〒870-8504 大分市荷揚町2-31

大分市福祉事務所 生活福祉課

Tel. (097) 537-5621

Fax. (097) 533-7818