

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		小郡市											
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	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										
3	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										
4	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										
5	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										

指定介護機関へお願い

1. (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。
2. 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。
3. 備考欄は、福祉事務所への連絡事項にご利用下さい。