

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市福祉事務所長

申請者 (〒 -)

住所

氏名

介護扶助及び介護支援給付にかかる居宅療養管理指導計画書

氏名												
住所												
保険者	高槻市・その他市町村(区分	1号・2号・2号みなし				
被保険者番号								生年月日	T・S	年	月	日
介護度	要支援 1・2						要介護 1・2・3・4・5					
介護保険認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
認定期間中のサービスの提供予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
サービスの利用状況	初診 (初診日: 年 月 日) ・ 継続											
備考												

指定介護機関情報	指導予定	単位/月						種類	医・歯・薬				
	介護機関住所 名称	(〒 -)											
	生活保護法による指定年月日	H・R 年 月 日			事業所コード								

※介護保険更新時、区分変更時等記載情報に変更があった際には、再提出が必要です。

※利用が中止となった際には、生活福祉総務課までご連絡ください。