

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	M・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	S・H	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。