

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

福岡県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇

〇 〇 〇 〇

| 介護機関コード | | | | | | | | | | 市町村名 | | | | |
|--------------|--------------|--|--|--|-------|--------------------------------------|-------|---|---|------|----|-----|-----|-------|
| 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |
| | | | | | 〇 | 1 | 古賀 次郎 | 0 | 8 | 0 | | | 2 | (有)・無 |
| | 要介護度の認定有効年月日 | | | | | 令和 7 年 / 月 / 日 から 令和 9 年 12 月 31 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。