

居 宅 療 養 管 理 指 導 届 出 書

(フリガナ)		生 年 月 日	性 別
利用者氏名			
居住地			
要介護状態区分	要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５）		
認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
療養管理指導 見込み期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
管理指導区分	医師・歯科医師・薬剤管理・栄養管理・歯科衛生		
その他 参考事項	<p>※１．療養管理指導見込み期間は、認定有効期間内としてください。</p> <p>２．療養管理指導を中止した場合は、伊勢崎市福祉事務所へその旨、連絡をしてください。</p> <p>３．各区分欄は該当項目を○で囲んでください。</p>		

上記のとおり、居宅療養管理指導を予定（実施）しているのでお届けいたします。

(宛先) 伊勢崎市福祉事務所長

令和 年 月 日

（指定介護機関）

住所

名称

印

(記入例)

居 宅 療 養 管 理 指 導 届 出 書

(フリガナ)	イセサキ タロウ	生 年 月 日	性 別
利用者氏名	伊勢崎 太郎	昭和30年4月5日	<div>男</div> <div>女</div>
居住地	伊勢崎市今泉町二丁目410		
要介護状態区分	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ <div>2</div> ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
認定有効期間	令和 7 年 10 月 1 日から 令和 8 年 9 月 30 日まで		
療養管理指導 見込み期間	令和 7 年 11 月 7 日から 令和 8 年 9 月 30 日まで		
管理指導区分	医師・歯科医師 <div>薬剤管理</div> 栄養管理・歯科衛生		
その他 参考事項	※ 1. 療養管理指導見込み期間は、認定有効期間内としてください。 2. 療養管理指導を中止した場合は、伊勢崎市福祉事務所へその旨、連絡をしてください。 3. 各区分欄は該当項目を○で囲んでください。		

…該当区分に○で囲んでください。

…認定有効期間を記入してください。

…上記有効期間内での療養管理指導を
実際に行う見込み期間(生活保護開始
日以降)を記入してください。
例：保護開始 R7.11.4
療養管理指導開始日 R7.11.7

…該当区分に○で囲んでください。

上記のとおり、居宅療養管理指導を予定（実施）しているのでお届けいたします。

(宛先)伊勢崎市福祉事務所長

令和 年 月 日

※日付は記入しないでください

(指定介護機関)

住所

名称

介護機関住所・名称を
記入してください。

※記入誤り等は二重線にて訂正し、訂正印を押印してください。