

居宅療養管理指導届出書

(フリガナ) 利用者氏名			生年月日	性別
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	※ 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。			

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	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
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 <input checked="" type="radio"/> 2・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 <input checked="" type="radio"/> 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。 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。</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 ※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。