

F A X 送 信 用 紙



(居 宅 療 養 管 理 指 導 開始・終了連絡用
介 護 予 防 居 宅 療 養 管 理 指 導 (兼介護券請求用))

旭川市生活支援課医療介護係 行
(FAX 26-7654)
※送信誤りに御注意ください。

指定介護機関名

Tel. -
(担当:)

| フリガナ 患者氏名 | 生 年 月 日 | サ ー ビ ス 開 始 月 日 | サ ー ビ ス 終 了 月 日 |
|--------------|---------|--------------------|--------------------|
| | | 月 日 | 月 日 |
| | | 月 日 | 月 日 |
| | | 月 日 | 月 日 |
| | | 月 日 | 月 日 |
| | | 月 日 | 月 日 |
| | | 月 日 | 月 日 |

- ※ 被保護者が（介護予防）居宅療養管理指導を開始する際、又は終了した際には、この用紙に患者氏名等の必要事項を記入してご連絡ください。
- ※ 介護支援専門員（ケアマネージャー）への情報提供が算定要件となっている場合、必ず事前に情報提供を行った上で記入してください。
- ※ 入力締切日（介護券発行日程を参照）の正午（12:00）までに送信してください。