

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。

記載例

指定介護機関名

○△×クリニック

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
あさひかわ たろう 旭川 太郎	S 1 5 . 4 . 1	7 月 1 5 日	月 日
あさひやま じろう 旭山 次郎	S 2 0 . 8 . 4	月 日	6 月 2 8 日
たいせつ はなこ 大雪 花子	S 1 8 . 3 . 3	7 月 8 日	7 月 8 日
		日	月 日
		月 日	月 日
		月 日	月 日

継続しない単発的なサービス利用の場合、開始日と終了日を記入

- ※ 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。