

居宅療養管理指導 実施(実施予定)に伴う介護券依頼票

医療機関(介護機関)名： _____ 介護機関コード： _____

薬局(介護機関)名： _____ 介護機関コード： _____

※介護機関コードとは、291、293、294等で始まる10桁の番号です

薬局の場合は指示を受けた医療機関名： _____ 主治医名： _____

被保険者名：
生年月日：
住 所：
居宅介護支援事業所名（わかっている場合）：

居宅療養管理指導を実施(実施予定)の月

単月の場合： 年 月

継続月の場合： 年 月 ～ 年 月（介護認定有効期間終了月まで）

※なお、単月ではないが断続的に実施される場合は、上記の継続月の場合にご記入いただき、不要な月の介護券は適切に処分してください。また介護認定有効期間終了後も引き続き介護券が必要な場合は介護認定更新時に改めてこの依頼票を提出してください。

(生活保護法の指定介護機関に指定されていることが必要です)

生活保護受給者に対して居宅療養管理指導を実施し、介護券を請求するには、生活保護法上の指定介護機関の指定を受けていることが必要です。

平成26年6月30日以前に介護保険法上の指定を受けている場合は、生活保護法上での「みなし指定」はありませんので、指定申請が必要となります。ただし平成12年4月1日以前に生活保護法の指定医療機関の指定を受けており、介護保険法上の「みなし指定」を受けている場合は、指定申請は不要ですのでお申し出ください。

また、平成26年7月1日以降に介護保険法上の指定を受けている場合は、別段の申し出がない限り生活保護法上でも指定を受けているものとみなされます。

(お願い)

居宅療養管理指導料については、支給限度額外ですが介護サービス計画という観点からは、ケアマネジャーがケアプランに記載して頂き、利用者に提示すると共に、担当ケースワーカーへ利用票の写しを提出していただきたいのですが実務運用上のことを考え、利用票の写しの提出がない場合、この「居宅療養管理指導実施に伴う介護券依頼票」を、担当ケースワーカーへ提出していただきますようお願いいたします。

なお、この書式は事務連絡用として、奈良市保護第一・二課が任意に作成したものです。