

かいごほけんひほけんしゃしょう
＜介護保険被保険者証＞

(一)										(二)										(三)									
介護保険被保険者証										要介護状態区分等										給付制限									
被保険者 番号 住所 フリガナ 氏名 生年月日 交付年月日 保険者番号並びに保険者の名称及び印										認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)										給付制限									
										認定の有効期間										内容									
										居宅サービス等										期間									
										(うち種類支給限度基準額)										開始年月日 令和 年 月 日									
																				終了年月日 令和 年 月 日									
開始年月日 令和 年 月 日																													
終了年月日 令和 年 月 日																													
保険者番号並びに保険者の名称及び印										認定審査会の意見及びサービスの種類の指定										居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称									
交付年月日										サービスの種類										届出年月日 令和 年 月 日									
保険者番号並びに保険者の名称及び印										種類支給限度基準額										届出年月日 令和 年 月 日									
交付年月日										介護保険施設等										入所等年月日 令和 年 月 日									
交付年月日										名称										退所等年月日 令和 年 月 日									
交付年月日										種類										入所等年月日 令和 年 月 日									
交付年月日										名称										退所等年月日 令和 年 月 日									

かいごほけんふたんわりあいしょう
＜介護保険負担割合証＞

にんていごこうふ
認定後交付

様式第 号(第 条関係)									
(裏面)					(表面)				
注意事項 一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口提出してください。 二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービスの事業のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。) 三 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときには、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。 六 利用時支払額を三割とする措置(給付額減額)を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。					介護保険負担割合証				
					交付年月日 年 月 日				
					被保険者 番号 住所 フリガナ 氏名 生年月日 交付年月日				
					利用者負担の割合				
					適用期間				
割					開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日				
割					開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日				
保険者番号並びに保険者の名称及び印					保険者番号並びに保険者の名称及び印				