

様式第 号(第 条関係)

(裏面)

(表面)

注意事項		介護保険負担割合証							
<p>1. この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。</p> <p>2. 介護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へ提出してください。</p> <p>3. 介護サービスに要した費用のうち、「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ぬ。)</p> <p>4. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちに、この証を市町村に返してください。</p> <p>5. この証の表面の記載事項に変更があったときは、14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。</p> <p>6. 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。</p>		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	明治・大正・昭和	年	月	日			
	性別	男・女							
利用者負担の割合									
発効期日		平成	年	月	日				
有効期限		平成	年	月	日				
保険者番号並びに保険者の名称及び印		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>							

1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

2 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。