介護保険受給資格証明書

様式番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 | |  | | |
| フリガナ | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 生年月日 | |  | | |
| 住所  （転出先予定） | |  | | |
| 異動予定日 | |  | | |
| 前の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次の  とおり受けている（申請中の）者であることを証する。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |   　　　　　　年　　月　　日  印  ○○市（町村）長 | | | | | |
| 認定済　・　申請中 | | | | 申請年月日 |  |
| 要介護状態区分 | |  | | 認定年月日 |  |
| 認定の有効期間 | | から　　　　　　　　　　まで有効 | | | |
| 利用者の負担割合  （住所移転前の負担割合） | | （　　　　　　　　） | | | |
| 介護認定審査会の意見 | |  | | | |
| 備　　考 | | **固定文言１＋編集１** | | | |

**固定文言２**

裏面に注意事項を記入