|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認証 | | | | | | | | |  | |
| 交付年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 確認番号 | | |  | | | | | | | | | |
| 受給者 | 住所 | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | |
| 介護保険被保険者番号 | | |  | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | | から | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | | まで | | | | | | | | | |
| 減額割合 | | | ／１００ | | | | | | | | | |
| 保険者番号  並びに保険  者の名称及  び印 | | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| ●●市介護保険課  123-4567  印  ●●市●●１－２－３　 ○○市（町村）  987-6543-2111 | | | | | | | | | |

様式番号

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認証

**自由記載１**

|  |
| --- |
| (裏面) |
| 注　意　事　項  　一　次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に  　　提出してください。  　二　対象となるサービスは、訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、  　　第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業です。  　三　前記のサービスを受けるときに支払う金額は介護費用から介護費用に給  　　付率を乗じた額を引いた金額になります。  　四　介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、軽減の認定の要件に該当し  　　なくなったとき、又は軽減の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、  　　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。  　五　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。  　六　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を  　　受けます。  **固定文言１＋編集１** |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

**自由記載１**

備考　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。