様式番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | **介護保険利用者負担額減額・免除認定証** | | | | | | | | |  | |
| 交付年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 番号 | |  | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | から | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | まで | | | | | | | | | |
| 減額・免除  認定事項 | | | 給付率　　　　／　１００ | | | | | | | | | |
| 保険者番号  並びに保険  者の名称及  び印 | | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| ●●市介護保険課  印  123-4567  ●●市●●１－２－３　　 ○○市（町村）  987-6543-2111 | | | | | | | | | |

介護保険利用者負担額減額・免除認定証

**自由記載１**

|  |
| --- |
| (裏面) |
| 注意事項  　一　介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者  　　又は施設の窓口に提出してください。  　二　介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用（入院又は  　　入所時の居住又は滞在に要する費用及び食事に要する費用を除く。）  　　から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。  　三　被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該  　　当しなくなったとき、又は減額・免除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。  　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。