様式番号

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証  （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度） | | | | | | | | |  | |
| 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  （被保険者のみ記載） | | |  | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | | から | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | | まで | | | | | | | | | |
| 減額割合 | | | **固定文言１＋編集１**  　　／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 | | | | | | | | | |

**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、通所介護、短期入所生活介護、定期巡  　　回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、  　　認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉  　　施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護福祉施設サービス、  　　介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小  　　規模多機能型居宅介護並びに第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する  　　事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業です。  　三　この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。  　四　前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の  　　食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、表面に記載されているそれぞれの  　　減額割合により軽減されます。  　五　介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当し  　　なくなったとき、又は減額確認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。  　六　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。  　七　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２＋編集２** |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

**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。