介護保険資格者証

様式番号

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 有効期限 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 番号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | 性別 | | |  |
| 交付年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分等 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 認定年月日  （事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日） | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 認定の有効期間 | | | ～ | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス等 | | | 区分支給限度基準額 | | | | | | | | | | | | | |
| ～　　　　　　　　　　1月当たり | | | | | | | | | | | | | |
| （うち種類支給限度基準額） | | | サービスの種類 | | | | | | | | 種類支給限度基準額 | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| 認定審査会の意見  及びサービスの種  類の指定 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 給付制限 | | | 内　　容 | | | | | | | 期　　間 | | | | | | |
|  | | | | | | | 開始年月日終了年月日 | | | | |  | |
|  | | | | | | | 開始年月日終了年月日 | | | | |  | |
|  | | | | | | | 開始年月日終了年月日 | | | | |  | |
| 居宅介護支援事業者  若しくは介護予防支  援事業者及びその事  業所の名称又は地域  包括支援センターの  名称 | | | 届出年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| 届出年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| 届出年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設等 | | 種類 |  | | | | | | | 入所等年月日 | | | | |  | |
| 名称 |  | | | | | | | 退所等年月日 | | | | |  | |
| 種類 |  | | | | | | | 入所等年月日 | | | | |  | |
| 名称 |  | | | | | | | 退所等年月日 | | | | |  | |
| 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　●●市●●１－２－３  　987-6543-2111 | | | | | | | | | | | ○○市（町村）  印 | | |

裏面の注意事項を確認してください。（A4）

　注意事項

１　介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援

　認定を受けてください。

２　サービス・活動事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェック

リストによる確認又は要支援認定を受けてください。

３　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に提出し

　てください。

４　サービス・活動事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に

提出してください。

５　この証の有効期限を経過した場合は、使用することができません。

６　居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サー

　ビス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介

　護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した

　旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス

　計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない

　場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。

７　居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。

８　介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護

　保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です（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ん。）。

９　サービス・活動事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した

費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額（事業提供者が額を定める場合に

おいては、当該者が定める額）です。

10　認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意

　してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保

　険給付を受けられません。

11　被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。

12　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。

13　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。

14　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置

　（支払方法変更）、利用時支払額を３割（介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の

　割合」欄に記載された割合が３割である場合は４割）とする措置（給付額減額）等を

　受けることがあります。

**固定文言１＋編集１**