

(第6号参考様式)

(表面)

精神障害者居宅介護等利用者証				
利 用 者	番 号			
	住 所			
	フリガナ	-----		
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	性 別 男・女
手帳の有効期限	平成	年 月 日	手帳の級 級	
手 帳 番 号				
障害年金の種類 及びその程度	年金 級			
	発行年月日			
	市(町村)長 氏 名 印			

(裏面)

	有効期限	運営主体及び便宜供与の内容	
要否決定の有効 期限到来に伴う 便宜供与の見直し	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	運営主体： 便宜内容：身体介護 回/月 家事援助 回/月	市町村担当課 印
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	運営主体： 便宜内容：身体介護 回/月 家事援助 回/月	市町村担当課 印
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	運営主体： 便宜内容：身体介護 回/月 家事援助 回/月	市町村担当課 印
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	運営主体： 便宜内容：身体介護 回/月 家事援助 回/月	市町村担当課 印
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	運営主体： 便宜内容：身体介護 回/月 家事援助 回/月	市町村担当課 印
費用負担区分	A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F ・ G		
(備考欄)			
(注意事項) 1 サービスを受けようとするときは、必ずこの証を運営主体の窓口に表示してください。 2 入院等により利用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。 3 この証の記載事項に変更があったときは、直ちに、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。			

