

(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。 | | | |

