

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	<div></div>									
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日						男・女			
	住 所  (転出先予定)										
	異動予定日	令和 年 月 日									
<p>上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。</p> <p>令和 年 月 日 <div></div></p> <p>〇 〇 市 （町 村） 長 <div>公 印</div></p>											
認定済 ・ 申請中				申請年月日		. .					
要介護状態区分				認定年月日		. .					
認定の有効期間		平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで有効									
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)		割 ( )									
介護認定審査会の意見											
備 考											

裏面に注意事項を記入