様式第3号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表) | | | | | | | | | | | | | |  | (裏) |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | 注意事項  一　訪問介護の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　訪問介護のサービスを受けるときに支払う金額は介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。  三　被保険者の資格がなくなったとき、減額の認定の要件に該当しなくなったとき、減額の確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。  四　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、町にその旨を届け出てください。  五　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。 |
|  | | 訪問介護利用者負担額減額認定証 | | | | | | | | | |  | |
| 交付年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 負担者番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  | | |  |
| 受給者番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  | | |  |
| 受給者 | 住所 | |  | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | 性別 | | |  | | |
| 介護保険被保険者番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | | 年　　月　　日　から | | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | | 年　　月　　日　まで | | | | | | | | | | |
| 減額内容(給付率) | | | ／100 | | | | | | | | | | |
| 発行機関名及び印 | | | 粕屋町 | | | | | | | | | | |