様式番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | 介護保険利用者負担額減額・免除等認定証  （特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証） | | | | | | | | |  |
| 交付年月日 | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 番号 |  | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | |
| 適用年月日 | から | | | | | | | | |
| 有効期限 | まで | | | | | | | | |
| 減額・免除等  認定事項 | | 給付率　　　　／１００ | | | | | | | | |
| 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  印  ●●市●●１－２－３　　○○市（町村）  987-6543-2111 | | | | | | | | |

介護保険利用者負担額減額・免除等認定証

（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証）

**自由記載１**

|  |
| --- |
| (裏面) |
| 注　意　事　項  　一　特別養護老人ホームから指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉  　　施設入所者生活介護（以下「指定介護福祉施設サービス等」という。）を受ける  　　ときは、必ず事前に、この認定証を施設の窓口に提出してください。  　二　指定介護福祉施設サービス等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。また、介護保険特定負担限度額  　　認定証によって指定介護福祉施設サービス等を利用する際に食事の提供を受け、  　　又は居住する場合には、当該介護保険特定負担限度額認定証に記載する特定負担  　　限度額が支払いの上限となります。  　三　被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除等の認定の条件に該当しなくな  　　ったとき、減額・免除等の認定証の有効期限に至ったとき、又は特別養護老人ホ  　　ームを退所したとき（引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。）  　　は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。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、十四日以内に、この証を添  　　えて、市町村にその旨を届け出てください。  　五　不正にこの証を利用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けま  　　す。  **固定文言１＋編集１** |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

**自由記載１**

備考　この証の大きさは、縦１２８ミリメートル、横９１ミリメートルとすること。