様式第76号（第2条の2関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | | | | | | | | | | |  | (裏面) |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | 注意事項  一　介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。  二　介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。）  三　被保険者の資格がなくなったとき、又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときには、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、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懲役の処分を受けます。  六　利用時支払額を三割とする措置（給付額減額）を受けている場合は、この証に記載された利用者の割合よりも、当該措置が優先されます。 |
|  | | 介護保険負担割合証 | | | | | | | | | | |  |
| 交付年月日　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | |  | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 性別 | 男・女 | |
| 利用者負担 の割合 | | | 適　用　期　間 | | | | | | | | | | |
| １　割 | | | 開始年月日　　　　　年　　月　　日　 終了年月日　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 割 | | | 開始年月日　　　　　年　　月　　日　 終了年月日　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 福島県田村郡小野町 | | | | | | | | | | |