様式第35号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | | | | | | | | | | |  | (裏面) |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | 注意事項  一　介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定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・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、又は特定介護老人福祉施設を退所したとき(引き続き、他の指定介護老人福祉施設に入所する場合を除く。)は、遅滞なく、この証を返却ください。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。 |
|  | 介護保険利用者負担額減額・免除認定証 | | | | | | | | | | | |  |
| 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 | |
| 適用年月日 | 年　　月　　日から | | | | | | | | | | |
| 有効期限 | 年　　月　　日まで | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 福島県田村郡小野町 | | | | | | | | | | |

○　証の大きさ

縦　128ミリメートル

横　91ミリメートル