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