

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

交付年月日 平成 年 月 日

確認番号			
受給者	住所	宮崎県東臼杵郡椎葉村大字	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別 男・女
介護保険被保険者番号			
適用年月日		平成 年 月 日から	
有効期限		平成 年 月 日まで	
減額の割合		/ 100	
保険者番号並びに保険者の名称及び印		4 5 4 3 0 6 〒883-1601 宮崎県東臼杵郡椎葉村大字 下福良1762番地1 椎 葉 村 宮崎県東臼杵郡椎葉村長印 TEL (0982) 67-3111	

注 意 事 項

- 一、次の介護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出してください。
- 二、対象となるサービスは、介護老人福祉施設、訪問介護、通所介護及び短期入所生活介護です。
- 三、この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 四、前記のサービスを利用した場合、利用者負担額（日常生活に要する費用については食費及び居住費に限る）が、前面に記載されている減額割合により減額されます。
- 五、介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなったとき、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、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。
- 六、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。
- 七、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。