様式第５号（第５条関係）

（表面）

|  |
| --- |
|  |
|  | 社会福祉法人等利用者負担減免確認証（離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担減額措置） |  |
| 交付年月日　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 確認番号 |  |
| 受給者 | 住所 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 男・女 |
| 介護保険被保険者番号 |  |
| 適用年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　日から |
| 有効期限 | 　　　　　　年　　　　月　　　日まで |
| 減免内容（減免率） |  |
| 発行機関名及び印 | 八頭町　　 |

（裏面）

|  |
| --- |
| 注意事項一　訪問介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業所に提出してください。二　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。三　前記のサービスを利用した場合、本人負担分から、前面に記載される減免率により軽減されます。四　被保険者の資格がなくなったとき、減免額認定の要件に該当しなくなったとき、減免の認定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。五　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。六　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。 |