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。 |