介護給付費等利用者負担額減額(免除)認定証

(表面) (裏面)

| _ | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------|------|-----|------------|---|---|--|---|-----|----|----|
| | | | | | | | | | | | |
| | 介護給付費等利用者負担額減額(免除)認定 | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 年 月 | | | | | | | | 月 | 日 | | |
| | 番号 | 13 7 | 1 H | | | | | | 71 | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | |
| 受 | ふりがな | | | | | | | | | | |
| 給者 | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | |
| | 適用年月日 | | | | | 年 | <u>. </u> | 月 | | 日7 | から |
| | 有効期限 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | まで |
| 減額(免除) 認定事項 | | 給付率 | | | | | | / | 100 | | |
| 支給市町村名 及び印 | | Ŧ | 一葉県 | 以野田 | 市 | | | | | | |

ださい。 認定証の有効期限に至ったときは、 障害福祉サー この証の表面 減額(免除)の認定の要件に該当しなくなったとき、 ービス費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。 の記載事項に変更があったときは、 ビスを受けるときに支払う金額は、 遅滞なく、 この証を市に返してく

又は減額(免除)

兀

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。

 \mathcal{O}

証を添えて、

市にその旨を届け出てください。

四日以内に、

意 事 項

障害福祉サ

ビスを受けるときは、

必ず事前に、

この認定証を事業

ス

(費用から

者又は施設の窓口に提出してください。

注