

介護保険負担限度額認定証

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 | | | | | | | |
| 食費の負担限度額 | | | | | | | | | | | |
| 居住費又は滞在費の負担限度額 | | ユニット型個室 | | 円 | | | | | | | |
| | | ユニット型準個室 | | 円 | | | | | | | |
| | | 従来型個室(特養等) | | 円 | | | | | | | |
| | | 従来型個室(老健・療養等) | | 円 | | | | | | | |
| | | 多床室 | | 円 | | | | | | | |
| 保険者番号及び 並保者名 | | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | 千葉県野田市 印 | | | | | | | | | |