

野田市社会福祉法人等による介護保険利用者負担額軽減確認証

交付年月日 年 月 日

確認証番号										
被 保 険 者	被保険者番号									
	住 所									
	ふりがな									
	氏 名									
	生年月日	年 月 日								
適用年月日	年 月 日から									
有効期限	年 月 日まで									
軽減内容	軽減割合									
発行機関名及び印	千葉県 野田市									