

(一)

# 介護保険被保険者証

|   |      |  |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |
|---|------|--|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>者   | 番 号  |  |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |
|   | 住 所  |  |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |
| 除   | フリガナ |  |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |
| 者   | 氏 名  |  |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |
|   | 生年月日 | 明治・大正・昭和   | 年 | 月 | 日 | 性別 男・女 |   |   |   |   |   |   |
| 交付年月日   |      | 年  | 月 | 日 |   |        |   |   |   |   |   |   |
| 保険者番号<br>並びに保険<br>者の名称及<br>び印   |      | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">7</td> </tr> </table> |   |   |   |        | 2 | 2 | 2 | 0 | 6 | 7 |
|   |      | 2  | 2 | 2 | 0 | 6      | 7 |   |   |   |   |   |
| 静岡県三島市北田町4番47号<br><span style="font-size: 2em; font-weight: bold;">三島市</span> |      |  |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |
|   |      | TEL 055-983-2607   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |



(二)

|                                  |           |           |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| 要介護状態区分等                         |           |           |
| 認定年月日                            |           |           |
| 認定の有効期間                          | ～         |           |
| 居宅サービス等                          | 区分支給限度基準額 |           |
|                                  | ～         |           |
| (うち種類支給<br>限度基準額)                | サービスの種類   | 種類支給限度基準額 |
|                                  |           |           |
|                                  |           |           |
|                                  |           |           |
|                                  |           |           |
| 認定審査会<br>の意見及び<br>サービスの<br>種類の指定 |           |           |

(三)

| 給付制限   | 内 容    | 期 間            |
|--|--------|----------------|
|  |        |                |
|  |        | 開始年月日<br>終了年月日 |
|  |        | 開始年月日<br>終了年月日 |
| 居宅介護支援<br>事業者又は介<br>護予防支援事<br>業者及びその<br>事業所の名称 | 届出年月日  |                |
|  | 届出年月日  |                |
|  | 届出年月日  |                |
| 介 護 保 険<br>施 設 等                               | 種 類    |                |
|  | 名 称    |                |
|  | 入所等年月日 |                |
|  | 退所等年月日 |                |
|  | 種 類    |                |
|  | 名 称    |                |
| 入所等年月日   |        |                |
| 退所等年月日   |        |                |