様式第23号（第20条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除認定証

（表面）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |  | 注意事項  一　介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口に提出してください。  二　介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用（入院又は入所時に食事に要する費用を除く。）から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。  三　被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市の窓口に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。  四　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、市の窓口にその旨を届け出てください。  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拘禁刑の処分を受けます。 |
|  | 介護保険利用者負担額減額・免除認定証 | | | | | | | | | |  |
| 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 | | | | | | | | |
| 適用年月日 | 年　　月　　日から | | | | | | | | |
| 有効期限 | 年　　月　　日まで | | | | | | | | |
| 減額・免除認定事項 | | | 給付率　　　／100 | | | | | | | | |
| 保険者番号並びに保険者名称及び印 | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | |