様式第６号（第７条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （表）介護保険資格者証

|  |  |
| --- | --- |
| 有効期限 |  |
| 被保険者 | 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 |
| 交付年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 要介護状態区分等 |  | 認定年月日 | 　　年　月　日 |
| 認定の有効期間 | 　　年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 |
| 訪問･通所（院）サービス | 区　分　支　給　限　度　額 |
|  |
| うち種類支給限度額 | サービスの種類 | 種類支給限度額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 短期入所サービス | 区　分　支　給　限　度　額 |
| 年　　月　　日～　　　　　　年　月　　日 |
|  |
| 認定審査会意見等 |  |
| 給付制限 |  | 開始年月日 | 　　年　月　日 |
| 終了年月日 | 　　年　月　日 |
|  | 開始年月日 | 　　年　月　日 |
| 終了年月日 | 　　年　月　日 |
| 居宅介護支援事業者名･事業所名 | 届出年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| 居宅介護支援事業者名･事業所名 | 届出年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| 備考：介護保険施設が被保険者の入退所時に記載する |
| 介護保険施設 | 種類 |  | 入所年月日 | 　　年　月　日 |
| 名称 |  | 退所年月日 | 　　年　月　日 |
| 介護保険施設 | 種類 |  | 入所年月日 | 　　年　月　日 |
| 名称 |  | 退所年月日 | 　　年　月　日 |
| 保険者番号並びに保険者名称及び印 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

　 | 盛岡北部行政事務組合 |

　 |
| （裏）

|  |
| --- |
| 注　意　事　項１　介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定（認定）を受けてください。２　介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。３　病院、診療所、介護老人保健施設又は訪問看護若しくは訪問リハビリテーションを行う事業所から介護サービスを受ける場合は、この証に老人保健の健康手帳を添えて、事業者又は介護保険施設に提出してください。４　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。）の一割です（居宅介護支援サービスの利用時支払額はありません。）。また、入院又は入所時における食事に要する費用については、１日につき定額の負担限度額となります。　　ただし、在宅サービスについては、あらかじめ居宅介護支援事業者に介護サービス計画の作成を依頼し、その旨を市町村に届け出るか、自ら介護サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限ります。これらの手続きをしない場合は、給付は組合からの事後払いになります。５　在宅サービスには、給付の限度額が設定されます。６　認定審査会意見等の欄に記載がある場合は、その事項に留意して下さい。また、利用できるサービスの指定がある場合は、当該サービス以外は給付を受けられません。７　死亡、転出等の理由により、被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を組合（市町村）に返してください。８　この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、組合（市町村）にその旨を届け出てください。９　資格者証の有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに、組合（市町村）に提出して、検認又は更新を受けてください。10　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。11　災害等特別の事情がないのに保険料を滞納したときは、給付を組合からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割とする措置（給付額減額等）等を受ける場合があります。 |

　 |