様式第25号（第15条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （表面）

|  |
| --- |
|  |
|  | 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 | 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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 居住費又は滞在費の負担限度額 | ユニット型個室　　　　　　　　　　　　　　円ユニット型個室的多床室　　　　　　　　　　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 |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 盛岡北部行政事務組合　　　　　　 |

　（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　注　意　事　項一　この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福　祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活　介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保険施　設サービス、指定介護療養施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・療養等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。二　前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必　ずこの証を特定介護保険施設等の窓口に提出してください。三　被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなった　とき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、こ　の証を組合に返してください。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、組合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懲役の処分　を受けます。 | 　　　注　意　事　項一　この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福　祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活　介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保険施　設サービス、指定介護療養施設サービス、短期入所療養介護及び介護　予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・療養等」とい　う。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する　場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となり　ます。二　前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必　ずこの証を特定介護保険施設等の窓口に提出してください。三　被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなった　とき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、こ　の証を組合に返してください。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、組合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懲役の処分　を受けます。 |

　 |