

(一)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">介護保険被保険者証</p> </div>									
被 保 險 者	番 号								
	住 所								
	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日		男・女						
交付年月日									
保険者番号 並びに保険 者名称及び 印		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>							
		電話							

(二)

要介護状態区分等	事業対象者	
認定年月日 (注)	平成28年4月8日	
認定の有効期間	～	
居宅サービス等 (うち種類支給限度基準額)	区分支給限度基準額	
	～	
	1月当たり	
	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

(三)

給付制限	内 容	期 間
		開始年月日
		終了年月日
		開始年月日
		終了年月日
		開始年月日
		終了年月日
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業所及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日	
	届出年月日	
	届出年月日	
介護保険施設等	種類	入所等年月
	名称	退所等年月
	種類	入所等年月
	名称	退所等年月

(注) : 事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日