|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　交付年月日　 　　　　年　　月　　日 |  | 　　　　　　注　　　意　　　事　　　項　一　次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提　　出してください。　二　対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡　　回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、　　認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉　　施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防訪　　問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対　　応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第一号訪問事業の　　うち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通　　所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）です。　三　この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。　四　前記のサービスの利用者負担額並びに食費、居住費（滞在費）及び宿泊費　　が、表面に記載されている減額割合により減額されます。　五　介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、軽減措置の要件に該当しな　　くなったとき、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この　　証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えて　　ください。　六　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、市にその旨を届け出てください。　七　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。 |
|  |
| 確認番号**社会福祉法人等利用者負担軽減確認証****（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）** |  |  |
| 受　給　者 | 住所 |  |  |
|  |
| フリガナ |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 |  |  |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |
| 適用年月日 |  　　　　年　　月　　日　から |  |
| 有効期限 |  　　　　年　　月　　日　まで |  |
| 減額割合 |  |  |
| 発行機関名及び印 |

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

 |  |
|  |
|  |
|  |

様式第5号（第8条関係）