別記様式第8号（第7条第3項、第8条第2項関係）

介護保険資格者証（介護保険暫定被保険者証）

|  |  |
| --- | --- |
| 有効期限 |  |
| 被保険者 | 番号 |  |
| 住所 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 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（通院）ｻｰﾋﾞｽ | 区分支給限度基準額 |
| 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　1月当たり |
| （うち種類支給限度基準額） | サービスの種類 | 種類支給限度基準額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 短期入所サービス | 区分支給限度基準額 |
| 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 |  |
| 給付制限 | 内 　　　容 | 期　 　　間 |
|  | 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 |
|  | 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及びその事業所の名称 |  | 届出年月日　　　　　　年　 月　 日 |
|  | 届出年月日　　　　　　年　 月　 日 |
|  | 届出年月日　　　　　　年　 月　 日 |
| 介護保険施設等 | 種類 |  | 入　所入　院 | 年月日　　　　年　 月　 日 |
| 名称 |  | 退　所退　院 | 年月日　　　　年　 月　 日 |
| 種類 |  | 入　所入　院 | 年月日　　　　年　 月　 日 |
| 名称 |  | 退　所退　院 | 年月日　　　　年　 月　 日 |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | 和　　　　 寒 　　　　町上川郡和寒町字西町１２０番地TEL　０１６５－３２－２４２１番 |

（　表　）

印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ０ | １ | ４ | ６ | ４ | ７ |

注　 意　 事　 項

1　介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ和寒町の窓口で要介護認定又は要支援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　老人保健の健康手帳の交付を受けている場合であって、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護の指定居宅サービス又は介護保険施設サービス若しくは介護療養施設サービスを受けようとするときは、この証に健康手帳を添えて、事業者又は施設の窓口に提出してください。

4　居宅サービスについては、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た旨をあらかじめ和寒町に届け出た場合又は自ら介護サービス計画を作成し、和寒町に届けた場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、和寒町からの事後払い（償還払い）になります。

5　居宅サービスには保険給付の限度額が設定されます。

6　介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用（入所又は入院中の食事に要する費用を除く）の1割です（居宅介護支援サービスの利用支払額はありません）。また、入所又は入院中の食事に要する費用については、1日につき定額の標準負担額となります。

7　認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。

8　被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を和寒町に返してください。

9　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、和寒町にその旨を届け出てください。

10　この証の有効期限を経過したときは、使用することはできません。

11　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。

12　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を和寒町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3割とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

（　 裏　 面 　）