

介護保険負担割合証をご確認ください（ミシン目にそって切り離してください）

※介護保険サービス等を利用するときには、「介護保険負担割合証」が必要です。  
サービス事業者（ケアマネジャー・施設）にご提出ください。

住所・氏名・生年月日に誤りがないか  
ご確認ください。

介護保険サービスを利用したときの負担割合（1割・2割・3割）と、適用期間が記載されています。

介護保険負担割合証

交付年月日

被 保 険 者	番 号							
	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日							
利 用 者 負 担 の 割 合	適 用 期 間							
	開始年月日							
	終了年月日							
	開始年月日							
	終了年月日							
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>高 知 市</p>							