様式第12号(第16条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | | | | | | | | | |  | (裏面) |
|  | | | | | | | | | | | | |  | 注意事項  1　介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口に提出してください。  2　介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用(入院又は入所時に食事に要する費用を除く。)から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。また、入院又は入所時における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。  3　被保険者の資格がなくなったとき、給付割合適用の条件に該当しなくなったとき又は給付割合適用証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。  4　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、市町村にその旨を届け出てください。  5　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。 |
|  | | 介護保険特例給付割合適用認定証 | | | | | | |  | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 給付割合 | | |  | | | | | | | | | |
| 保険者番号並びに保険者名称及び印 | | |  | | | | | | | | | |
|  | 1 | 9 | 3 | 6 | 5 | | 6 | |  |
| 山梨県  　身延町  電話 | | | | | | | | | |

○　証の大きさ

　縦　128ミリ

　横　91ミリ