（表　面）

介護保険利用者負担額減額・免除等認定証
（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証）

交付年月日　　令和　　年　　月　　日

被保険者	番号	
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日
	適用年月日	令和　　年　　月　　日から
	有効期限	令和　　年　　月　　日まで
減額・免除等認定事項		給付率　　／１００
保険者番号及び保険者に並びの名称及び印		

（裏　面）

注意事項

一　特別養護老人ホームから指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（以下「指定介護福祉施設サービス等」という。）を受けるときは、必ず事前に、この認定証を施設の窓口に提出してください。

二　指定介護福祉施設サービス等を受けるときに支払う金額は、介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額となります。また、介護保険特定負担限度額認定証によって指定介護福祉施設サービス等を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、当該介護保険特定負担限度額認定証に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。

三　被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったとき、減額・免除等の認定証の有効期限に至ったとき、又は特別養護老人ホームを退所したとき（引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。）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。

四　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、市町村にその旨を届け出てください。

五　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。

備考

1　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

2　必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

別紙３

申請対象年度		申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ

（保険者等記入欄）

支給申請書整理番号	

フリガナ		生年月日		個人番号	
氏　　名				計算期間の始期及び終期	

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1. 世　帯　主 2. 擬制世帯主 3. 世　帯　員		年　月　日から　年　月　日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄		金融機関コード		店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		振込先口座管理番号
1．窓口払い 2．口座振込	1		銀　行 信用金庫 信用組合		本　店 支　店 出張所		1．普通預金 2．当座預金 9．そ の 他		口座名義人		

保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1		年　月　日から 年　月　日まで		
	2		年　月　日から 年　月　日まで		
	3		年　月　日から 年　月　日まで		

〒９９９－９９９９　　〇〇県〇〇市△△町1-1
〇〇市長　　国保太郎　殿

年　　月　　日

①　上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。
②　上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
　高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号　　住所
申請代表者
氏名
電話番号

	枚中		枚目