（別添４）

介護保険受給資格証明書

被保険者	番　号		
	フリガナ		
	氏　名		
	生年月日	明・大・昭　年　月　日	男・女
	住　所 （転出先予定）		
	異動予定日	平成　年　月　日	

上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。

平成　年　月　日

○○市（町村）長　公印

認定済・申請中		申請年月日	．　．
要介護状態区分		認定年月日	．　．
認定の有効期間	平成　年　月　日から平成　年　月　日まで有効		
利用者の負担割合 （住所移転前の負担割合）	割（　　）		
介護認定審査会の意見			
備　考			

裏面に注意事項を記入

（別添４）

介護保険受給資格証明書

被保険者	番　号		
	フリガナ		
	氏　名		
	生年月日	明・大・昭　年　月　日	男・女
	住　所 （転出先予定）		
	異動予定日	令和　年　月　日	

上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。

令和　年　月　日

○○市（町村）長　公印

認定済・申請中		申請年月日	．　．
要介護状態区分		認定年月日	．　．
認定の有効期間	平成・令和　年　月　日から令和　年　月　日まで有効		
利用者の負担割合 （住所移転前の負担割合）	割（　　）		
介護認定審査会の意見			
備　考			

裏面に注意事項を記入