

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 <small>(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)</small>	
NNNNN 交付年月日 NNZ 9年Z 9月Z 9日	
被 保 険 者	番 号 9999999999
	住 所 N----- (19) -----N N----- (19) -----N N----- (19) -----N
	氏 名 N----- (19) -----N N----- (19) -----N N----- (19) -----N
	生年月日 NNZ 9年Z 9月Z 9日 N
	適用年月日 NNZ 9年Z 9月Z 9日 から
有効期限 NNZ 9年Z 9月Z 9日 まで	
軽減割合 N----- (13) -----N X-(8)-X N----- (13) -----N X-(8)-X	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">271007</div> <div style="margin-left: 20px; border: 1px solid black; width: 100px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">大阪市</p> </div>	
N----- (20) -----N	
N----- (20) -----N	
住所 N----- (23) -----N	
電話 99-9999-9999 FAX 99-9999-9999	

注 意 事 項

1. 次のサービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者へ提出してください。
2. 対象となるサービスは、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、通所介護、介護予防通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、訪問介護、介護予防訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護、複合型サービスです。
3. この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
4. 前記のサービスを利用した場合、利用者負担額（日常生活に要する費用については食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に限る。）が、この証の表面に記載されているそれぞれの軽減割合により軽減されます。
5. 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、軽減措置の要件に該当しなくなったとき、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証をお住まいの区の介護保険の窓口に戻してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
6. 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、お住まいの区の介護保険の窓口はその旨を届け出てください。
7. 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。

N----- (20) -----N