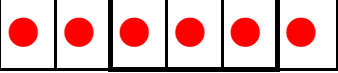


事業対象者の介護保険被保険者証の表示例

(一)

介護保険被保険者証				
被 保 険 者	番号	0001234567		
	住所	〇〇市〇〇町〇番〇号		
	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広域 太郎		
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日	性別	男・女
交付年月日	平成 29 年 7 月 4 日			
保険者番号並びに保険者の名称及び印	 佐賀県佐賀市白山二丁目1番12号 佐賀中部広域連合			

(二)

要介護状態区分等	事業対象者	
認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	平成 29 年 6 月 30 日	
認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
居宅サービス等	区分支給限度基準額	
	平成 年 月 日～平成 年 月 日 1月当たり 5003単位	
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

(三)

()		
給付制限	内容	期間
		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
居宅介護支援事業所若しくは介護予防支援事業所及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	〇〇市〇〇地域包括支援センター	
	届出年月日 平成29年7月3日	
	届出年月日 平成 年 月 日	
介護保険施設等	種類	入所等 年月日 平成 年 月 日
	名称	退所等 年月日 平成 年 月 日
	種類	入所等 年月日 平成 年 月 日
	名称	退所等 年月日 平成 年 月 日

※有効期間は担当地域包括支援センターの介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書の届出(変更)年月日以降になりますので、ご注意ください。

※区分支給限度基準額は5,003単位と表示されます。住所地特例等で佐賀中部広域連合圏域外の住所の事業所の総合事業を利用される方は、限度基準額が異なる場合があります。

※住所変更等で担当地域包括支援センターが変更になった場合は、最新の届出をした地域包括支援センターと届出(変更)年月日が表示されます。