

介護保険負担割合証

交付年月日

被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
利用者負担の割合		適 用 期 間
割		開始年月日 終了年月日
割		開始年月日 終了年月日
保険者番号並びに保険者の名称及び印		佐賀市白山二丁目1番12号  佐賀中部広域連合