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	割（　　）　　（住所移転前の負担割合）		
介護認定審査会の意見			
備　　考			

裏面に注意事項を記入

【負担割合の判定要件の該当欄】※
所得：本人の合計所得金額が160万円未満の場合（1割）
単身収入：本人の合計所得金額が160万円以上だが、単身世帯で年金収入＋その他の合計所得金額が280万円未満の場合（1割）
世帯収入：本人の合計所得金額が160万円以上だが、2人以上世帯で年金収入＋その他の合計所得金額が346万円未満の場合（1割）
空欄：2割負担の場合
※　負担割合の判定とひも付けしていずれか該当するものを表示することを検討中。