

介護保険負担限度額認定証

交付年月日 平成 年 月 日

被
保
険
者

番 号

住 所

刀が+

氏 名

生年月日

性別

適用年月日

有効期限

食費の負担限度額

居住費又は滞在費の
負担限度額

保険者番号
並びに保険
者の名称及
び印

--	--	--	--	--	--

さいたま市

注 意 事 項

一 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、指定介護療養施設サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・療養等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。

二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口へ提出してください。

三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証をさいたま市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、さいたま市にその旨を届け出てください。

五 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。