

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証（案）**一生活保護受給者・支援給付受給者用一**

（表 面）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)											
交付年月日 平成 年 月 日											
確認番号											
受給者	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女							
介護保険被保険者番号 (被保険者のみ記載)											
適用年月日		平成 年 月 日から									
有効期限		平成 年 月 日から									
減 額 割 合		(居住費・滞在費のみ) 100／100									
発行機関名 及び印		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									

（裏 面）

注 意 事 項
一 一次の介護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に提出してください。
二 対象となるサービスは、 介護福祉施設サービス、短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護予防短期入所生活介護 です。
三 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。
四 前記のサービスの 居住費（滞在費） が、表面に記載されている減額割合により減額されます。
五 生活保護受給者・支援給付受給者でなくなったとき又は今後、前記のサービスを利用する見込みがないときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
六 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、市町村にその旨を届け出てください。
七 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。

備考 この証の大きさは、縦１２８ミリメートル、横９１ミリメートルとすること。
発行機関名及び印の項内には、事業実施主体である市町村の市町村コードを記載すること。