

(例：資料1 介護券)

生活保護法介護券（ 年 月分）

公費負担者番号		有効期間	日から	日まで
受給者番号		単独・併用別	単 独 ・ 併 用	
保険者番号		被保険者番号		
(フリガナ) 氏 名	生年月日		性別	
	1. 明・2. 大・3. 昭 年 月 日生		1.男 2.女	
要介護状態等区分	基本チェックリスト該当・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5			
認定有効期間	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで	
居 住 地				
指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・地域包括支援センター名	事業所番号			
指定介護機関名	事業所番号			
居 宅 介 護 介 護 予 防 介護予防・日常生活支援	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入所者生活介護	居 宅 介 護 介 護 予 防 介護予防・日常生活支援	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業 <input type="checkbox"/> 第一号通所事業 <input type="checkbox"/> 第一号生活支援事業	
		施 設 介 護	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	
		居 宅 介 護 支 援 介 護 予 防 支 援 介護予防・日常生活支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント	
		本人支払額	円	
地区担当員名	取扱担当者名		福祉事務所長 印	
備 考	介 護 保 険		あ り な し	
	そ の 他			

備考 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。