

(見本) 4 介護保険負担限度額認定証

①

②

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日	
番 号	
住 所	これは見本です
フリガナ	
氏 名	
生年月日	性別 男・女
適用年月日	
有効期限	
食費の負担限度額	(介護予防)短期入所生活(療養)介護 その他のサービス 円 円
居住費又は滞在 費の負担限度額	ユニット型個室 円
	ユニット型個室的多床室 円
	従来型個室(特養等) 円
	従来型個室(老健・療養等) 多床室 円
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	

※介護保険負担割合証ではありません。

※介護保険負担限度額認定証は
「クリーム色」です。

確認事項☒

☐ ① 接種を受ける本人のもの

☐ ② 有効期限内のもの

◎必ず事前に A4 サイズの紙に「コピー」して、受付時に実施医療機関へ提出してください。