

介護保険負担割合証

交付年月日

被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
利用者負担の割合		適 用 期 間
割	開始年月日 終了年月日	
割	開始年月日 終了年月日	
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印		123456 もとす広域連合 

SAMPLE