

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 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| もとす広域連合 | | | | | | | | |



SAMPLE