

介護保険利用者負担額免除証明書

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名			生年月日	
世帯主氏名 又は 組合員氏名				
住所				
特例の内容 及び 有効期間	○ 利用者負担の免除 (令和 年 月 日から令和 年 月 日まで)			

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

市 町 村 長 印

この証は、令和元年台風第15号又は第19号等により被災した被保険者が介護サービス事業者等で介護保険サービスを受けた際に支払う利用者負担の免除措置を受けられることを証明するものです。

1. 介護サービス事業者等の窓口で、この証明書を被保険者証に添えて提出してください。
2. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちに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。
3. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出て下さい。
4. 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。