

介護保険被保険者証

番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日



交付年月日

保険者番号
並びに保険
者の名称及
び印

2 7 2 1 2 0

八尾市

八尾市本町一丁目1番1号
電話 (072) 991-3881
FAX (072) 924-1005



要介護状態区分等

認定年月日

認定の有効期間

居宅サービス等

(うち種類支給限度基準額)

認定審査会
の意見及び
サービスの
種類の指定

年 月 日

年 月 日 ~ 年 月 日

区分支給限度基準額

年 月 日 ~ 年 月 日

1月当たり

サービスの種類

種類支給限度基準額

給付制限

内 容

期 間

開始年月日 年 月 日

終了年月日 年 月 日

開始年月日 年 月 日

終了年月日 年 月 日

開始年月日 年 月 日

終了年月日 年 月 日

居宅介護支
援事業者又
は介護予防
支援事業者
及びその事
業所の名称

届出年月日 年 月 日

届出年月日 年 月 日

届出年月日 年 月 日

介護保険施設等

種類

入所等 年 月 日

年月日 年 月 日

名称

退所等 年 月 日

年月日 年 月 日

種類

入所等 年 月 日

年月日 年 月 日

名称

退所等 年 月 日

年月日 年 月 日