

介 護 保 険 負 担 限 度 額 認 定 証

交付年月日 平成 年 月 日

被 保 険 者	番 号											
	住 所	7 3 1 - 3 5 0 1			番地							
	フリカ ^ナ											
	氏 名											
	生 年 月 日	昭和	年	月	日	性別						
	適 用 年 月 日	平成	年	月	日から							
	有 効 期 限	平成	年	月	日まで							
食費の負担限度額						390 円						
居住費又は滞在費 の負担限度額		ユニット型個室		820 円								
		ユニット型準個室		490 円								
		従来型個室 (特養等)		420 円								
		従来型個室 (老健・療養等)		490 円								
		多床室		320 円								
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										町