

生活保護法介護券（ ）

公費負担者 番号										有効期間	日から		日まで														
受給者番号										単独・併用別	単 独 ・ 併 用																
保険者番号										被保険者番号																	
(フリガナ)										生	年	月	日	性	別												
氏 名										年 月 日生				1.男 2.女													
要介護状態等区分																											
認定有効期間	年 月 日から									年 月 日まで																	
居 住 地																											
指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・地域包括支援センター名	事業所番号																										
指定介護機関名	事業所番号																										
居 宅 介 護 介 護 予 防 介護予防・日常 生 活 支 援										居 宅 介 護 介 護 予 防 介護予防・日常 生 活 支 援																	
										施 設 介 護																	
										居 宅 介 護 支 援 介護予防支援 介護予防・日常 生 活 支 援																	
										本人支払額	円																
地区担当員名														取扱担当者名													
														堺市 保健福祉総合センター所長													
														印													
備 考	介 護 保 険									あ り な し																	
	そ の 他																										