

様式第 7 号（第 8 項関係）

社会福祉法人利用者負担軽減確認証													
交付年月日 年 月 日													
確 認 番 号													
受 給 者	住 所												
	氏 名												
	生 年 月 日 年 月 日												
介護保険被保険者番号 （被保険者のみ記載）													
適 用 年 月 日	年 月 日から												
有 効 期 限	年 月 日まで												
軽 減 割 合													
発 行 機 関 名 及 び 印	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="6">堺 市 長</td></tr></table>							堺 市 長					
堺 市 長													

注 意 事 項

一 一次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。

二 対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（利用者負担割合が保険給付と同様のものに限る。）です。ただし、生活保護受給者・支援給付受給者については、短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス及び介護予防短期入所生活介護です。

三 この確認証は、都道府県知事及び市町村長に申し出のあった事業者についてのみ有効です。

四 前記のサービスを利用した場合、利用者負担額（日常生活に要する費用については、食費及び居住費（滞在費）又は宿泊費に限る。）が、前面に記載されている軽減割合により軽減されます。ただし、短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス又は介護予防短期入所生活介護に係る食費及び居住費（滞在費）については、介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限り、軽減措置の要件に該当しなくなるとき、又は軽減減額確認の有効期限に至ったとき（生活保護受給者・支援給付受給者については、それに該当しなくなるとき、又は今後、前記のサービスを利用する見込みがないとき）は、遅滞なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。

七 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けることがあります。