

(別添2) 介護券(連名簿式)の返送方法

介護機関名 4370 [REDACTED]

PAC084 [REDACTED]
生活保護法介護券
熊本市北福祉事務所長 [REDACTED]

公費負担者番号 12434023

生活保護法介護券 (平成29年02月分) 併用

指定サービス: 通所介護

2/ 2

No.	受給者番号 被保険者番号	保険者番号	氏名 (生年月日・性別)	有効期間	要介護状態 等区分	本人 支払額	※1 適用他法
1	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	01日-28日	要介護2		介
2	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	01日-28日	要介護5		介
3	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	01日-28日	要介護4		介
4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ↑ ①対象月に利用がなく、継続した介護券が必要ない場合は、上記のように線で消し込みをしてください。翌月分より介護券の発行を廃止します。 </div>						
5							
6							
7	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	01日-28日	要介護3		介
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

備考: 指定介護機関では、請求後朱斜線を引き、1年間保管した後廃棄処分してください。

05T0000932

※1 適用他法 「介」…介護保険、「減」…法施行時の訪問介護負担軽減措置、「障」…障がい者ホームヘルプ支援措置