

介護保険負担割合証

交付年月日

被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
利用者負担の割合	適 用 期 間	
割	開始年月日 終了年月日	
割	開始年月日 終了年月日	
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	[] [] [] [] [] [] [] もとす広域連合 岐阜県本巣市下真桑1000番地 本巣市役所真正分庁舎内 電話 058-320-2220	

SAMPLE

