


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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
<p>もとす広域連合 </p> <p>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</p>								

SAMPLE