（その２）

東金市介護保険（総合事業）自己負担額証明書

年　　月　　日

　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　東金市長　　　　　　　　印

　次のとおり証明いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | 証明対象年度 |  | |
| 自己負担証明書整理番号 | | | |  | | | | |
| 保険者番号 | |  | | | | 被保険者番号 | |  |
| 対象となる計算期間 | | | |  | | | | |
| 計算期間において被保険者であった期間 | | | |  | | | | |
| サービス提供年月 | | 自己負担額 | | | うち７０歳から７４歳までの者に係る自己負担額 | | | 摘要 |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | |

【保険者連絡用】

|  |
| --- |
|  |