

介護保険被保険者証・障害福祉サービス受給者証の確認事項

【介護保険被保険者証を使用されていた方】

以下の3点、全てに該当する方が対象です。

- ① 住所欄が沼津市外の住所であること。
- ② 沼津市が発行した介護保険者証であること。
- ③ 認定の有効期間内であること。

(一)		(二)		(三)		
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		給付制限	内容	期間
認定年月日(注) 認定の有効期間		区分支給限度基準額 ~	③			
被 保 険 者	番 号	居 宅 サ ー ビ ス	1月当たり	居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	開始年月日	
	住 所	サービスの種類	種類の支給限度基準額		終了年月日	
	フリガナ				開始年月日	
	氏 名				終了年月日	
	生年月日				届出年月日	
	交付年月日				届出年月日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印 2 2 2 0 3 4 〒410-8601 静岡県沼津市御幸町16番1号 沼 津 市 電話 (055)931-2500		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		介護保険施設等	種類	入所等年月
					名称	退所等年月
					種類	入所等年月
					名称	退所等年月

(注)：事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

【障害福祉サービス受給者証を使用されていた方】

以下の3点、全てに該当する方が対象です。

- ① 居住地が沼津市外の住所であること。
- ② 支給市が沼津市であること。
- ③ サービス種別が施設入所支援であり、支給決定期間内であること。

(一)	(二)	(三)
障害福祉サービス受給者証 受給者証 番号 居住地 フリガナ 氏 名 生年月日 年 月 日 フリガナ 氏 名 生年月日 年 月 日 障 害 種 別 1 2 3 5 交 付 年 月 日 年 月 日 支 給 市町村名 沼 津 市 区 及 び 印	介護給付費の支給決定内容 障害支援区分 認定有効期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間	サービス種別 支給量等 支給決定期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間
①	③	
②		