様式第一号(第二十六条関係)

(表面)

(一)

介護保険被保険者証

被保険者	番号			
	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日	性別	男・女
交付年月日		令和　年　月　日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印				

(二)

要介護状態区分等		
認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	令和　年　月　日	
認定の有効期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日	
居宅サービス等	区分支給限度基準額 令和　年　月　日～令和　年　月　日 1月当たり	
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

(三)

給付制限		内容	期間
			開始年月日　令和　年　月　日 終了年月日　令和　年　月　日
			開始年月日　令和　年　月　日 終了年月日　令和　年　月　日
			開始年月日　令和　年　月　日 終了年月日　令和　年　月　日
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			届出年月日　令和　年　月　日
			届出年月日　令和　年　月　日
			届出年月日　令和　年　月　日
介護保険施設等	種類		入所等年月日　令和　年　月　日
	名称		退所等年月日　令和　年　月　日
	種類		入所等年月日　令和　年　月　日
	名称		退所等年月日　令和　年　月　日

（裏面）

（四）

注意事項

一　介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。

二　介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。

三　介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

四　介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。

五　認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

（五）

六　居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。

七　居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。

八　介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。）。

九　介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額（事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。

（六）

十　認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。

十一　被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。

十二　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

十三　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

十四　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割（介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割）とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

備考

1　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横273ミリメートルとし、点線の箇所から三つ折とすること。

2　必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。