

「事業対象者」の被保険者証（例）

介護保険被保険者証		(一)	(二)	給付制限		(三)
		要介護状態区分等	事業対象者	内容	期間	
番号 0123456789		認定年月日(注)	平成 29 年 4 月 1 日	開始年月日		
住所 会津若松市東栄町 3-46		認定の有効期間	平成 29 年 4 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日	終了年月日		
フリガナ アイヅ タロウ		居宅サービス等	区分支給限度基準額	開始年月日		
氏名 会津 太郎			1月当たり 5,003 単位	終了年月日		
生年月日 昭和 00 年 00 月 00 日 男・女		(うち種類支給限度基準額)		開始年月日		
交付年月日				終了年月日		
保険者番号 並びに保険者の名称及び印		認定審査会の意見及びサービス種類の指定		△△地域包括支援センター		届出年月日 平成 29 年 4 月 1 日
072025 福島県会津若松市東栄町3番46号 会津若松市 電話(0242)39-1111(内)				届出年月日		
見本				種類	入所年月日	
				名称	退所年月日	
				種類	入所年月日	
				名称	退所年月日	

(注)：事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

- ・「要介護状態区分等」：事業対象者
- ・「認定年月日(注)」：基本チェックリスト実施日
- ・「認定の有効期間」：24か月
- ・居宅サービス等」：区分支給限度額 5,003 単位

- ・「地域包括支援センターの名称」：介護予防ケアマネジメント依頼届出書に記載された地域包括支援センターの名称
- ・「届出年月日」：介護予防ケアマネジメント依頼届出書に記載された届出年月日※
※この届出日が「事業対象者」としての有効開始日となります。