

見本

介護保険負担割合証

介護保険のサービスを利用するとき、水色の介護保険被保険者証とは別に、「介護保険負担割合証」の提示が必要です。

右下の「介護保険負担割合証」には、令和9年7月末までのサービス利用時の負担割合が記載されています。

担当のケアマネジャー（地域包括支援センター職員）、介護施設職員等の介護サービス事業者に提示してください。

問い合わせ

海老名市役所 介護保険課

電話 046-235-4952

●下の介護保険負担割合証の「利用者負担の割合」の欄に記載されている「1割」「2割」または「3割」があなたの利用者負担割合になります。

●負担割合は、世帯ごとではなく、個人ごとに決まります。

●利用者負担割合の判定基準については裏面を参照ください。

介護保険負担割合証

交付年月日 令和 8年 7月 2日

被保険者	番号	0000999999
	住所	海老名市勝瀬175の1
	フリガナ	ヒナノ 海老名 太郎
	氏名	海老名 太郎
	生年月日	昭和10年10月10日
	利用者負担の割合	適用期間
	1割	開始年月日 令和 8年 8月 1日 終了年月日 令和 9年 7月 31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	142158	神奈川県海老名市勝瀬175番地の1 海老名市

(切り離して使用してください)



保険者の電話番号 (046)231-2111

9999#

243-0492

海老名市勝瀬175の1

海老名 太郎 様