

被保護者訂正連絡票

証記載保険者

被保護者番号
H

異動年月日			
年号	年	月	日

訂正区分
2:訂正 3:削除

公費負担者番号	福祉事務所名
担当	

異動事由

被保護者氏名(カナ)	生年月日				性別
	年号	年	月	日	
					1:男 2:女

資格取得年月日				資格喪失年月日			
年号	年	月	日	年号	年	月	日

[要介護認定]

みなし 区分	要介護 状態区分	有効期間開始年月日				有効期間終了年月日			
		年号	年	月	日	年号	年	月	日

公費負担 上限額減額
2

[居宅サービス計画(介護予防サービス計画)届出]

計画作 成区分	居宅介護・介護予防 支援事業所番号	適用開始年月日				適用終了年月日			
		年号	年	月	日	年号	年	月	日

[支給限度基準額]

年分	支給限度基準額	上限管理適用開始年月日				上限管理適用終了年月日			
		年号	年	月	日	年号	年	月	日
支給限度基準額 (旧訪問通所)									
(旧短期入所)									

[申請情報]

申請種別	変更申請 中区分	申請年月日			
		年号	年	月	日

広域(政令市) 保険者番号