

# 記載例① 【佐世保市福祉事務所】介護券連名簿について

1

〒 999-8888  
情報県情報市生活町  
1-2

令和6年8月分で発行した  
介護券となる。

令和 6年 8月13日

■□福祉事務所 1長  
所長 太郎

印

ホームヘルパーステーション セイホ 様

介護券連名簿 (令和 6年 8月)

(公費負担者番号: 12472718 )

受給者番号 保険者番号 被保険者番号	ケース 番号	フリガナ 氏名 (性別)	要介護状態等区分 生年月日	給付年月 有効期間	認定有効期間	単独・併用別 本人支払額	地区 担当	備考 (他法・ その他)	交付番号
5002019 462010 48372503	50020 - 01	かほ タロウ 介護 太郎	要介護 3 (男) 昭和42年 8月 8日	平成22年 1月分 1日から31日まで	平成21年11月 1日 から 平成22年10月31日 まで	併用 0円	西山西川 海田		
500209 462019 48372503	50020 - 01	かほ タロウ 介護 太郎	要介護 3 (男) 昭和42年 8月 8日	平成22年 2月分 1日から28日まで	平成21年11月 1日 から 平成22年10月31日 まで	併用 0円	西山西川 海田		

情報県情報市生活町 1-2

平成22年1月1日～31日の  
利用が、介護扶助の適用期  
間となる。

・単: 単独券 (3号)  
・併: 併用券 (1・2号)

・請求の際、  
受給者番号は  
正確に転記し  
てください。

・本人支払額 (患者負担金) は、被保護者が介  
護事業所へ支払う額です。  
・被保護者の収入状況によって金額の変更があ  
り、毎月同じ金額が継続的に発生するとは限ら  
ないので、必ず担当ケースワーカーへ確認が必  
要です。  
・担当ケースワーカーから連絡を受けた本人支  
払額とこの金額が違う場合は、必ず担当ケース  
ワーカーへ連絡してください。  
・本人支払額は請求時に正確に転記してくだ  
さい。(本人支払額と請求額が同額で、請求額が0  
円になつても、国保連への請求は必要となりま  
す。)

210043

1 136