

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

交付年月日                      年                      月                      日

確認番号											
受給者	住所										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日			性別							
介護保険被保険者番号											
適用年月日											
有効期限											
減額割合											
発行機関名及び印		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <p>岡山市</p>									