

介護保険被保険者証

住所	〒 741-0081 山口県岩国市横山三丁目7番33号		
フリガナ	サカモト アキコ		
氏名	坂本 明子		
番号	0 0 0 0 2 3 0 6 1 5		
生年月日	昭和 18年 9月 20日	性別	女
交付年月日	令和 5年 3月 10日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 5 2 0 8 8 山口県岩国市今津町二丁目14番51号 岩国市		

(一)

要介護状態区分等	要介護 2	
認定年月日	令和 5年 3月 9日	
認定の有効期間	令和 5年 4月 1日～令和 9年 3月 31日	
居宅サービス等	区分支給限度基準額	
	令和 5年 4月 1日～令和 9年 3月 31日	19,705単位
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの認定	※事業対象者の場合は、認定年月日(平成)と介護保険料の支払状況(令和)を記載してください。	

(二)

給付制限	内	期	開始年月日	終了年月日	開始年月日	終了年月日
居宅介護支援事業者又は防業及びその名称	いしいケア・クリニック介護保険相談室	居出年月日	平成 29年 12月 1日			
		居出年月日				
介護保険施設等(被保険者の入所・入院時に介護保険施設が記載)	種類	名称	入所年月日	退所年月日	入所年月日	退所年月日

(三)