施設入所証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険被保険者番号（該当者のみ記入） |  |
| 氏　　　　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　　　　所 |  |
| 利用中のサービス※該当するものに○と障害者総合支援法第19条第1項の規定による支給決定日を記入 | １．施設入所支援（支給決定日：　　　　，　　，　　）２．生活介護（支給決定日：　　　　，　　，　　） |
| 入 所 年 月 日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| サービス決定市区町村（措置市区町村） |  |
| 医療保険の種別と保険者名 |  |

上記のものについて、現在、入所中であることを証明いたします。

　　年　　月　　日

島原地域広域市町村圏組合管理者　様

施設名

管理者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

指定事業所番号

施設入所支援施設名

指定事業所番号

生活介護事業施設名