様式第一号の二の二を次のように改める。

様式第一号の二の二（第八十三条の六関係）

（表　面）

介護保険負担限度額認定証

交付年月日　平成　年　月　日

被保険者	番号			
	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日	性別	男・女
	適用年月日	平成　年　月　日から		
	有効期限	平成　年　月　日まで		
食費の負担限度額		円		
居住費又は滞在費の負担限度額		ユニット型個室　円 ユニット型個室的多床室　円 従来型個室（特養等）　円 従来型個室（老健・療養等）　円 多床室　円		
保険者番号並びに保険者の名称及び印				

（裏　面）

注意事項

一　この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・療養等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。

二　前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口に提出してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

五　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考

1　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

2　必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。