介護保険被保険者証
介護保険負担割合証　預かり書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

年　　月　　日に｛介護保険被保険者証／介護保険負担割合証｝をお預かりしました。

※お預かりの事由は下記となります。

□

1. 上記の理由にてお預かりいたしました。
2. 上記以外の目的で使用いたしません。

事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*　切り取り　*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*

□｛介護保険被保険者証／介護保険負担割合証｝を預けることに同意します。

年　　月　　日　　署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□｛介護保険被保険者証／介護保険負担割合証｝を受け取りました。

年　　月　　日　　署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿