

負担割合証（更新）事業所窓口受取依頼表

提出期限：令和8年7月16日

事業所名：

事業所番号：

- 本人または家族に代理受取の同意を得ています。
- 負担割合確認後は本人または家族に原本を渡します。

	被保険者番号	氏名	生年月日	担当ケアマネジャー氏名
1			T・S . .	
2			T・S . .	
3			T・S . .	
4			T・S . .	
5			T・S . .	
6			T・S . .	
7			T・S . .	
8			T・S . .	
9			T・S . .	
10			T・S . .	

【注意事項】

※居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書を提出いただいている事業所に限り、窓口にて受取ができます。

期限までに、事業所にて取りまとめて提出ください。受取り開始日は令和8年7月22日を予定しております。

※窓口での受取依頼は原則、事業所にて取りまとめての依頼をお願いします。