

介護保険負担割合証

交付年月日 平成27年7月31日

被 保 険 者	番 号	0000511126		
	住 所	遠野市松崎町白岩字薬研淵4番地1		
	フリガナ	ヤゲンフチ サト		
	氏 名	薬研淵 里子		
	生年月日	昭和6年4月1日	性別	女
利用者負担の割合	適用期間			
1 割	開始年月日	平成 27 年 8 月 1 日	終了年月日	平成 28 年 7 月 31 日
割	開始年月日	平成 年 月 日	終了年月日	平成 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	0 3 2 0 8 6		印	
	遠野市			