

令和 〇 年 〇 月 〇 日

古賀市福祉事務所長 〇〇 〇〇

指定介護機関名 〇〇 病院

管理者氏名 〇〇 〇〇

介護券受領書

下記のとおり介護券を受領しました。

ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	単併	受給年月	サービス別	備考
00000	その他	1234567	古賀 花子 X	女	単	令和 8年 1月	居宅介護療養管理	
00001	その他	1234568	花見 舞子	女	併	令和 8年 1月	居宅介護療養管理	
			翌月以降の介護券が 要のない受給者には、 氏名の横に「X」を付 けて下さい。					