令和 〇年 〇月 〇日

指定介護機関名　〇〇病院

古賀市福祉事務所長　宮上　洋子

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必要のない受給者には、氏名の横に「X」を付けて下さい。