

記入例

※実績報告書は、事業所ごとの提出となります。

社会福祉法人等利用者負担軽減実績報告書

対象サービスに○印をつけてください。予防サービスも提供している場合には、そちらにも○印をつけてください。

法人名
代表者名

生活保護受給者で、対象サービス1～4番に該当する場合、居住費(滞在費)のみ記入してください(個室を利用した場合に限る)。

1. 介護老人福祉施設 2. 短期入所生活介護 3. 介護予防短期入所生活介護 4. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 7. 通所介護 8. 認知症対応型通所介護 9. 介護予防認知症対応型通所介護 10. 小規模多機能型居宅介護 11. 介護予防小規模多機能型居宅介護
 12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 13. 看護小規模多機能型居宅介護 14. 地域密着型通所介護
 15. 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。)
 16. 第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。)

(単位:円)

軽減額の内訳 (令和 年 月分) 事業所名 【 特別養護老人ホーム ○○○○ 】												
被保険者番号	確認番号	氏名	軽減率(%)	利用者負担段階	介護費		食費		住費(滞在費)		軽減額合計	
					利用者負担額	軽減額	利用者負担額	軽減額	利用者負担額	軽減額		
○○○○	○○○	介護 太郎	25	2				12,090	3,022	9,920	2,480	5,502
○○○○	○○○	保険 花子	25	3	29,171	7,292	20,150	5,037	9,920	2,480	14,809	
○○○○	○○○	生保 次郎	100	1					25,420	25,420	25,420	

利用者負担第2段階の人で、1割負担については軽減の対象外としている場合には、空欄をお願いします。

上記の対象サービス1～4番に該当する場合には、利用者負担段階を記入してください。

軽減額は、小数点以下切り捨て。

軽減額の合計を記入してください。

※介護給付費明細書を添付してください。また、食費・居住費の軽減があるときは金額確認のできるもの(請求書、領収書の写し等)を添付してください。
 ※上記軽減額の内訳には、八戸市の被保険者について軽減内容を記入してください。
 ※「本来受領すべき利用者負担額」欄には、貴事業所の対象サービスに関する利用者負担収入総額(他市町村被保険者の利用者負担額を含む。軽減対象者以外の者を含む全ての利用者に係るもの。)を記入してください。
 ※「事業所の軽減総額」欄には、貴事業所の対象サービスに関する軽減総額(他市町村の軽減対象者の軽減分を含む。)を記入してください。

本来受領すべき利用者負担額 ○○○○○○ 円

事業所の軽減総額 ○○○○○○ 円