第6号様式

社会福祉法人等利用者負担軽減実績報告書

法人名

代表者名

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　5. 訪問介護　6. 夜間対応型訪問介護
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　【　　】

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		居住費（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	

事業所の軽減総額	