

軽減状況調書(介護用)  
(令和2年〇月分)

サービス毎に作成してください

(区市町村: 杉並区) (事業者名: 社会福祉法人〇〇会) (事業所名: 〇〇園) (サービス名: 介護老人福祉施設)

通番	被保険者番号	本来額(A)				軽減額(B)				軽減割合 (B計/A計)
		介護費負担	食事負担	居住費負担	計	介護費負担	食事負担	居住費負担	計	
1	1000000000	25,499	20,150	11,470	57,119	6,374	5,037	2,867	14,278	25/100
2		介護保険の1割の自己負担分を記入				本人負担額を軽減した金額 25,499 × 25/100 (0.25) = 6,374 小数点以下は切り捨てで計算 四捨五入はしないでください				25/100
3					25/100					
4					25/100					
5	2000000000	/	12,090	11,470	23,560	/	3,022	2,867	5,889	25/100
						介護老人福祉施設について、負担限度額が2段階の人は介護費は請求できません				
					合計額も忘れずに記入					
計		25,499	32,240	22,940	80,679	6,374	8,059	5,734	20,167	

(注)

- 1 本様式は月ごと、区市町村ごと、事業所ごと、サービスごとに作成すること。
- 2 軽減額(B)については、軽減した利用者負担額のみを該当する費目ごとに記入すること。  
(例えば、食費負担・居住費負担のみを軽減して、介護費負担を軽減していない場合は、食費負担・居住費負担の軽減額のみを記入し、介護費負担の欄は空欄とすること。)
- 3 本来額(A)については、軽減額(B)に対する軽減前の利用者負担額を費目ごとに記入すること。
- 4 軽減割合は、各区市町村で交付している確認証に記載されている内容と合致すること。
- 5 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

提出者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_