

軽減状況調書()用)

(年 月分)

事業所番号

(区市町村:杉並区)

(事業者名:)

(事業所名:)

(サービス名:)

| 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 | | | | | | | | | | 25/100 |
| 2 | | | | | | | | | | 25/100 |
| 3 | | | | | | | | | | 25/100 |
| 4 | | | | | | | | | | 25/100 |
| 5 | | | | | | | | | | 25/100 |
| 6 | | | | | | | | | | 25/100 |
| 7 | | | | | | | | | | 25/100 |
| 8 | | | | | | | | | | 25/100 |
| | 計 | | | | | | | | | |

(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