

軽減状況調書 ()
(令和 2 年 ○ 月分)

用)

利用者が介護認定の場合は介護、
支援認定の場合は予防・総合事業と記入してください

(区市町村: 杉 並 区) (事業者名: ○○○株)

(事業所名: ○○○

) (サービス名: 訪問介護)

通番	被保険者番号	本来額(A)				軽減額(B)				サービス毎に作成してください
		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	4,191			4,191	1,047			1,047	25/100
2		介護保険の1割自己負担分を記入				本人負担額を軽減した金額 $4,191 \times 25 / 100 (0.25) = 1,047$				
3						小数点以下は切捨てで計算 四捨五入はしないでください				
4										
5										
						合計額も忘れずに記入				
	計	4,191			4,191	1,047			1,047	

(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