様式第２（第３条、第１０条関係）

社会福祉法人等軽減市町村助成費請求明細書

下記のとおり請求いたします。

年　　月～　　年　　月審査分

保険者番号：　　事業者番号：
保険者名称：　　サービス種類：　　事業者名称：

審査年月ごとの状況

審査年月	事業者状況欄									
	件数	①本来受領すべき 者負担総額				軽減件数	②軽減総額			
			介護サービス費	食費	居住費			介護サービス費	食費	居住費
合計										

審査年月	市町村軽減欄									
	件数	本来受領すべき利 者負担総額				軽減件数	③軽減総額			
			介護サービス費	食費	居住費			介護サービス費	食費	居住費
合計										

事業所状況欄				
④本来受領すべき利用者負担額の合計 (①の合計)	⑤軽減総額の合計 (②の合計)	軽減比率 (⑤÷④)	⑥事業所負担 (欄外参照)	⑦市町村助成費 (⑤－⑥)

市町村請求欄	
⑧市町村比率 (③の合計÷⑤)	助成費請求額 (⑦×⑧)

市町村の状況（参考）

確認証記載保険者番号	保険者名	実人員	軽減件数	軽減額	市町村比率	助成費請求額
合　　計						

⑥事業者負担の計算式（【　】でいずれも少数点以下は切り捨て）

・訪問介護、通所介護、短期入所生活介護及び介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で、軽減総額が利用者負担額の１０％以下の時
【④の利用者負担額の総額×１％】＋【(⑤軽減総額―【④の利用者負担額の総額×１％】）÷2】

・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で軽減総額が利用者負担額の１０％の時
【④の利用者負担額の総額×１％】＋（【④利用者負担額の総額×１０％】―【④の利用者負担額の総額×１％】）÷2】