

様式第 4 (第 3 条関係)

軽減対象者調査票 (在宅サービス用)  
( 年 月 ~ 年 月分)

施設名	
市町村名	

(単位:円)

軽減対象者 氏名	※訪問介護・通所介護・短期入所者生活介護			合計
	利用料負担 軽減見込額	食費負担 軽減見込額	滞在費負担 軽減見込額	
計				

※ 「訪問介護・通所介護・短期入所生活介護」の欄は、該当するサービスを○で囲むこと。

※ 「食費」は、訪問介護は対象とならない。

※ 「滞在費」は、短期入所生活介護のみ対象。