様式第８（第１０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
	利用料負担軽減実績額	食費負担軽減実績額	滞在費負担軽減実績額	
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。