

第2号様式（第3条・第8条関係）

利用者負担軽減額総括票

法人名 _____

施設名 _____

軽減月	利用者負担軽減額			
	介護費負担	食費負担	居住費負担	軽減額計
4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				
合計				

本来受領すべき利用者負担収入	介護費負担	食費負担	居住費負担	合計

補助金額

1%までの額	補助率	補助金額【A】	1%を超え10%までの額	補助率	補助金額【B】	10%を超える額【C】 (利用者負担収入の10%との差額)	補助金請求額 【A】+【B】+【C】
	1/2			1/2			

※千円未満切捨て