

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				
1 0 月				
1 1 月				
1 2 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