

利用者負担軽減額個人票

法人名

施設名

被保険者番号

被保険者氏名

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
	軽減前	軽減後	軽減前	軽減後	軽減前	軽減後	
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							