

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		社会福祉法人〇〇		施設名		介護老人福祉施設〇〇〇	
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							
全入所者の本来受領すべき収入額を記載してください。							
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		計算票で計上した数値を記載してください。		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