

第6号様式（第8条関係）

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						軽減額計
	介護費負担		食費負担		居住費負担		
	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							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
合計							