

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				
10月				
11月				
12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。				

昭島市が保険者である社福軽減対象者の軽減した金額を記載してください。

全入所者の本来受領すべき収入額を記載してください。

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