

サービス対象年月、事業者番号、事業者名、事業所名、サービス名を入力してください。

# 軽減状況調書

(平成 年 月分)

事業所番号

事業者名

事業所名

サービス名

通番	被保険者番号	被保険者氏名	利用者負担段階	本来額 (A)				軽減額 (B)				
				介護費負担	食費負担	居住費負担	計	介護費負担	食費負担	居住費負担	軽減割合	計
1											25 / 100	
2											25 / 100	
3											25 / 100	
4											25 / 100	
5											25 / 100	
6											25 / 100	
7											25 / 100	
8											25 / 100	
9											25 / 100	
10											25 / 100	
計												

被保険者番号と被保険者氏名を入力してください。  
※負担限度額の認定がされている方は利用者負担段階も入力してください。

介護費負担、食費負担、居住費負担の中で、軽減が行なわれる項目について金額を入力してください。

色が塗られているセルについて入力をしてください。  
軽減額や合計額の部分については数式が入っています。  
説明書きにて記載されている項目のみを入力していただければ、軽減額、合計額が表示されます。

(注)

- 本様式は生計が困難であるものについて、月ごと、区市町村ごと、事業所ごと、対象サービスごとに分けて作成すること。  
また、軽減率25/100の者と軽減率50/100の者はまとめて作成してよい。
- 軽減割合は、確認証に記載されている内容と合致すること。
- 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。