

軽減状況調書

区市町村名	町田市
-------	-----

(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												

(注)

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 特別養護老人ホームの多床室入所（ショートステイ）のみを利用している生活保護受給者は、軽減調書の提出が必要ありません。
- 5 特別養護老人ホーム入所者で高額介護サービス費の自己負担額段階が2段階の方は、高額介護サービス費で給付するため、介護費の軽減は必要なく、食費・居住費のみの軽減になります。

提出者氏名	
連絡先	