

様式第 5 号(第 1 0 条関係)

社会福祉法人による利用者負担額軽減事業助成申請書

※平成 2 6 年 3 月 3 1 日までの日
付でお願いします。

→ 年 月 日

益田市長 様

住 所
申請者 名 称
代表者 印

社会福祉法人による利用者負担額軽減事業の実施に係る助成について、下記のとおり申請します。

記

対象期間	年 月 から 年 月 まで
軽減総額	(様式第 6 号 B 欄①の値) 円
助成申請額	(様式第 6 号 G 欄②の値) 円

- 添付書類 1 助成申請額計算書（様式第 6 号）
 2 助成申請額算出表（様式第 7 号）

様式第 6 号（第 1 0 条関係）

助成申請額計算書

サービスの種類	本来受領すべき利用者負担総額④	軽減総額⑤	事業所負担⑥	市町助成費⑦	市町費率⑧	市助成額
	A	B	C	$D = B - C$	E	$F = D \times E$
指定介護老人福祉施設						
訪問介護						
通所介護						
短期入所生活介護						
合計		①				②

※ここには数値は入りません。

※注意 A 欄には貴法人が本来受領すべき利用者負担収入を計上して下さい。
軽減対象者のみではありません。
④～⑧については、益田市役所ホームページ→高齢者福祉課→社会福祉法人による利用者負担の軽減制度→社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減総括表で計算された数字を記入してください。

【端数処理の仕方】

1. C 欄・・・小数点第 1 位を切り捨て
2. E 欄・・・小数点第 3 位を四捨五入
3. F 欄・・・小数点第 1 位を切り捨て

様式第 7 号（第 1 0 条関係）

助成申請額算出表
〔指定介護老人福祉施設・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護〕

番号	被保険者番号	氏名	利用月	本来利用者 負担額 A	軽減額 B (A* /)	備考
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
計						



※B欄＝A欄×0.5または0.25を
し、小数点第1位を切り捨て