令和　年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減事業費補助金申請に係る調書

様式１～７号共通

調書記入の際の注意点

軽減対象者調書（介護老人福祉施設サービス）

市町村（保険者名）川崎市

施設名　147500****　特別養護老人ホーム〇×△

（単位：円）

A 通番	B 確認番号	C１ 氏名（カタカナで記入）	軽減額（令和　年４月～令和　年３月分の実績） D１ 介護サービス費	E１ 食費負担	F１ 居住費	G１ 計
1	1234567890	カワサキ　ハナコ				0
2	2345678901	ヨコハマ　タロウ				0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
	合　計	C２ 2人	D２ 0	E２ 0	F２ 0	G２ 0

川崎市の軽減対象者調書には、
他市町村の被保険者を記入しないで下さい。
（市町村ごとにシートを分けて記入して下さい。）

「B　確認番号」には、
被保険者番号を記入して下さい。

調書記入の際の注意点

施設名に加え事業所番号も必ず記入してください。

147500****　特別養護老人ホーム〇×△

Ａ欄（本来受領すべき利用者負担総額（全入所者））は、令和６年４月から令和７年３月（提供月）の１年間に、軽減をしなかったとしたら全利用者から受領するはずであった次の①～③の金額の合計を記入して下さい。

①１割負担分
…高額介護サービス費適用前金額
②食費
…特定入所者介護サービス費（補足給付）適用後に受領すべき金額
③居住費
…特定入所者介護サービス費（補足給付）適用後に受領すべき金額

Ｈの欄（助成請求額）は川崎市で処理するため入力しないでください。

総括表

様式１５号

施設名

項目	A 本来受領すべき利用者負担総額（全入所者）	B 軽減総額（実人員数）人	C １０％相当額（A×0.1）	D 金額公費分（B−C）	E 控除額 １％相当額（A×0.01）	F １／２公費分	G 助成額（円）（D＋F）	H 助成請求額（円）（D＋F）
介護福祉施設サービス（人数）	A1	B1 0 (0)人	C1 0	D1 0	E1 0	F1 0	G1 0	H1
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（人数）	A2						0	H2
計	A3	B3 0 (0)人	C3	D3	E3 0	F3 0	G3 0	H3 0

Ｂ～Ｇ欄は様式１～１４号までを入力すると自動的に反映されます。

項目	A 本来受領すべき利用者負担総額（会利用者）	B 軽減総額（実人員数）人	C 10%相当額（A×0.1）	D 金額公費分（B−C）	E 控除額 １%相当額（A×0.01）	F １／２公費分	G 助成請求額（D＋F）	H 助成請求額（円）（D＋F）
訪問介護（人数）	A4	B4 0 (0)人	C4	D4	E4 0	F4 0	G4 0	H4
通所介護（人数）	A5	B5 0 (0)人	C5	D5	E5 0	F5 0	G5 0	H5
短期入所生活介護（人数）	A6	B6						
夜間対応型訪問介護（人数）	A7	B7						
地域密着型通所介護（人数）	A8	B8						
認知症対応型通所介護（人数）	A9	B9						
小規模多機能型居宅介護（人数）	A10	B10 0 (0)人	C10	D10	E10 0	F10 0	G10 0	H10
第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業（人数）	A11	B11 0 (0)人	C11	D11	E11 0	F11 0	G11 0	H11
第一号訪問事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（人数）	A12	B12 0 (0)人	C12	D12	E12 0	F12 0	G12 0	H12
介護予防短期入所生活介護（人数）	A13	B13 0 (0)人	C13	D13	E13 0	F13 0	G13 0	H13
介護予防認知症対応型通所介護（人数）	A14	B14 0 (0)人	C14	D14	E14 0	F14 0	G14 0	H14
介護予防小規模多機能型居宅介護（人数）	A15	B15 0 (0)人	C15	D15	E15 0	F15 0	G15 0	H15
定期巡回・随時対応型訪問介護看護（人数）	A16	B16 0 (0)人	C16	D16	E16 0	F16 0	G16 0	H16
複合型サービス（人数）	A17	B17 0 (0)人	C17	D17	E17 0	F17 0	G17 0	H17
計	A18 0	B18 0 (0)人	C18	D18	E18 0	F18 0	G18 0	H18 0

×軽減を受けている入所者の利用者負担総額
〇軽減を受けていない入所者も含めた利用者負担総額
×川崎市の被保険者だけの利用者負担総額
〇他市町村の被保険者も含めた利用者負担総額

I 軽減合計（B3+B18）	0 (0)人	J 施設負担額 様8（I－様式8、9号のB2＋様式10号のD2～F2＋様式11号のD2～H2＋様式12号D2～F2＋様式13号、14号のC2、D2））	0

K 補助額合計（H3＋H18）	

（表中の( )内の数字）
※１　軽減総額が10%相当額より小さいときはD１～２に「０」を記入する。
※２　軽減総額が10%相当額より大きいときに使用する計算式
※３　軽減総額が10%相当額より小さいときに使用する計算式
※４　軽減総額が10%相当額より大きいときに使用する計算式
※５　軽減総額が控除額１%相当額より小さいときはＦ１～２に「０」を記入する。
※６　軽減総額が１%相当額より大きいときに使用する計算式
※７　軽減総額が控除額１%相当額より小さいときはＦ９～１６に「０」を記入する。
※８　表中Ｉ軽減総額合計から様式８、９号のＢ２と様式１０～１２号のＤ２～Ｆ２及び様式１３、１４号のＣ２、Ｄ２の合計を引いた額を記入する。
※この様式は、適宜修正して使用できるものとする。