川崎市版

施設用

令和８年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減に係る事業費補助金に係る調書の記入要領

※　様式１号～様式１４号及び様式１５号Ａ～Ｇ欄は全て円単位で記入してください。

※　該当者がいない場合は様式１５号に施設名及び空欄に「該当者なし」と記入し、所在の市町村に提出してください。

※　該当者はいるものの、計算結果から補助金を受けられない場合（法人軽減額＜本来受領すべき利用者負担×１％）であっても、記載した調査票全てを所在の市町村に提出してください

※　施設が所在する市町村以外に該当者がいる場合には、該当する市町村にも記載した調査票全てを提出してください。

※　様式１号～様式７号は、該当者の保険者（市町村）ごとに作成し、その全てをそれぞれの保険者（市町村）に提出してください。

今回の調査は、**令和８年４月～令和８年９月の実績月分（６ヶ月分）の実績を調査します。 その実績を２倍し、年間の概算額を推計します。**

様式１号　軽減対象者調書（介護老人福祉施設サービス）

介護老人福祉施設の入所者の軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に確認するためのものです。

記　載　項　目		記　載　内　容
Ａ　通番		軽減対象者の数だけ通し番号を記入
Ｂ　確認番号		被保険者番号を記入
Ｃ１氏名		カタカナで記入
軽減額	Ｄ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｅ１食費負担 Ｆ１居住費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	Ｇ１計	１名ごとに横計を記入
（合計）Ｃ２～Ｇ２		Ｃ欄～Ｇ欄のそれぞれの縦計を記入

川崎市版

様式２号　軽減対象者調書（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

地域密着型介護老人福祉施設の入所者の軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に確認するためのものです。

記　載　項　目		記　載　内　容
Ａ　通番		軽減対象者の数だけ通し番号を記入
Ｂ　確認番号		被保険者番号を記入
Ｃ１氏名		カタカナで記入
軽減額	Ｄ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｅ１食費負担 Ｆ１居住費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
軽減額	Ｇ１計	１名ごとに横計を記入
（合計）Ｃ２～Ｇ２		Ｃ欄～Ｇ欄のそれぞれの縦計を記入

様式３号　軽減対象者調書（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記　載　項　目		記　載　内　容
Ａ　通番		軽減対象者の数だけ通し番号を記入
Ｂ　確認番号		被保険者番号を記入
Ｃ１氏名		カタカナで記入
軽減額	（訪問介護） Ｄ１介護サービス費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
軽減額	（通所介護） Ｅ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｆ１食費負担	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
軽減額	Ｇ１計	通所介護Ｅ１～Ｆ１の横計を記入
軽減額	（短期入所生活介護） Ｈ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｉ１食費負担 Ｊ１滞在費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
軽減額	Ｋ１計	短期入所生活介護Ｈ１～Ｊ１の横計を記入
Ｃ２～Ｋ２合計		Ｃ欄～Ｋ欄の縦計を記入

川崎市版

様式４号　軽減対象者調書（夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記　載　項　目		記　載　内　容
Ａ　通番		軽減対象者の数だけ通し番号を記入
Ｂ　確認番号		被保険者番号を記入
Ｃ１氏名		カタカナで記入
軽減額	（夜間対応型訪問介護） Ｄ１介護サービス費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	（地域密着型通所介護） Ｅ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｆ１食費負担	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	Ｇ１計	地域密着型通所介護Ｅ１～Ｆ１の横計を記入
	（認知症対応型通所介護） Ｈ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｉ１食費負担	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	Ｊ１計	通所介護Ｈ１～Ｉ１の横計を記入
	（小規模多機能型居宅介護） Ｋ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｌ１食費負担 Ｍ１宿泊費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	Ｎ１計	小規模多機能型居宅介護Ｋ１～Ｍ１の横計を記入
Ｃ２～Ｎ２合計		Ｃ欄～Ｎ欄の縦計を記入

川崎市版

様式５号　軽減対象者調書（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、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、介護予防短期入所生活介護）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記　載　項　目		記　載　内　容
Ａ　通番		軽減対象者の数だけ通し番号を記入
Ｂ　確認番号		被保険者番号を記入
Ｃ１氏名		カタカナで記入
軽減額	（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） Ｄ１介護サービス費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	（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） Ｅ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｆ１食費負担	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	Ｇ１計	介護予防通所介護Ｅ１～Ｆ１の横計を記入
	（介護予防短期入所生活介護） Ｈ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｉ１食費負担 Ｊ１滞在費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	Ｋ１計	介護予防短期入所生活介護Ｈ１～Ｊ１の横計を記入
Ｃ２～Ｋ２合計		Ｃ欄～Ｋ欄の縦計を記入

様式６号　軽減対象者調書（介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記　載　項　目		記　載　内　容
Ａ　通番		軽減対象者の数だけ通し番号を記入
Ｂ　確認番号		被保険者番号を記入
Ｃ１氏名		カタカナで記入
軽減額	（介護予防認知症対応型通所介護） Ｄ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｅ１食費負担	１名ごとに軽減した額を記入
	Ｆ１計	介護予防認知症対応型通所介護Ｄ１～Ｅ１の横計を記入
	（介護予防小規模多機能型居宅介護） Ｇ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｈ１食費負担 Ｉ１宿泊費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	Ｊ１計	介護予防小規模多機能型居宅介護Ｇ１～Ｉ１の横計を記入
Ｃ２～Ｊ２合計		Ｃ欄～Ｋ欄の縦計を記入

川崎市版

様式７号　軽減対象者調書（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記　載　項　目		記　載　内　容
Ａ　通番		軽減対象者の数だけ通し番号を記入
Ｂ　確認番号		被保険者番号を記入
Ｃ１氏名		カタカナで記入
軽減額	（定期巡回・随時対応型訪問介護看護） Ｄ１介護ｻｰﾋﾞｽ費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	（複合型サービス） Ｅ１介護ｻｰﾋﾞｽ費 Ｆ１食費負担 Ｇ１宿泊費	１名ごとに軽減した額を記入 （Ｒ８．４～Ｒ８．９の実績×２倍）
	Ｈ１計	複合型サービスＥ１～Ｇ１の横計を記入
Ｃ２～Ｈ２合計		Ｃ欄～Ｈ欄の縦計を記入

様式８号　介護老人福祉施設サービス軽減額市町村別調書

様式１号を様式８号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより全体の軽減額を把握し、様式１５号と様式８号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記　載　項　目	記　載　内　容
Ａ１利用者負担軽減額	様式１号の合計欄Ｇ２を該当の市町村名のＡ１に記入
Ｂ１各市町村補助額	Ａ１÷様式１５号総括表Ｂ１×様式１５号総括表Ｇ１を記入（円未満切り捨て）
（合計） Ａ２～Ｂ２	Ａ１～Ｂ１の縦計を記入

様式９号　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護軽減額市町村別調書

様式２号を様式９号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより全体の軽減額を把握し、様式１５号と様式９号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記　載　項　目	記　載　内　容
Ａ１利用者負担軽減額	様式２号の合計欄Ｇ２を該当の市町村名のＡ１欄に記入
Ｂ１各市町村補助額	Ａ１÷様式１５号総括表Ｂ２×様式１５号総括表Ｇ２を記入（円未満切り捨て）
（合計） Ａ２～Ｂ２	Ａ１～Ｂ１の縦計を記入

様式１０号　訪問介護等軽減額市町村別調書

様式３号を様式１０号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式１５号と様式１０号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記　載　項　目	記　載　内　容
利用者負担軽減額 Ａ１訪問介護	様式３合計欄Ｄ２を該当の市町村名のＡ１訪問介護欄に記入
Ｂ１通所介護	様式３合計欄Ｇ２を該当の市町村名のＢ１通所介護欄に記入
Ｃ１短期入所生活介護	様式３合計欄Ｋ２を該当の市町村名のＣ１短期入所生活介護欄に記入
Ｄ１訪問介護	Ａ１÷様式１５号総括表Ｂ４×様式１５号総括表Ｇ４記入（円未満切り捨て）
Ｅ１通所介護	Ｂ１÷様式１５号総括表Ｂ５×様式１５号総括表Ｇ５記入（円未満切り捨て）
Ｆ１短期入所生活介護	Ｃ１÷様式１５号総括表Ｂ６×様式１５号総括表Ｇ６記入（円未満切り捨て）
Ａ２～Ｆ２合計	Ａ１～Ｆ１の縦計を記入

様式１１号　夜間対応型訪問介護等軽減額市町村別調書

様式４号を様式１１号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式１５号と様式１１号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記　載　項　目	記　載　内　容
利用者負担軽減額 Ａ１夜間対応型訪問介護	様式４合計欄Ｄ２を該当の市町村名のＡ１夜間対応型訪問欄に記入
Ｂ１地域密着型通所介護	様式４合計欄Ｇ２を該当の市町村名のＢ１地域密着通所欄に記入
Ｃ１認知症対応型通所介護	様式４合計欄Ｊ２を該当の市町村名のＣ１認知症対応型通所欄に記入
Ｄ１小規模多機能型居宅介護	様式４合計欄Ｎ２を該当の市町村名のＤ１小規模多機能欄に記入
Ｅ１夜間対応型訪問介護	Ａ１÷様式１５号総括表Ｂ７×様式１５号総括表Ｇ７を記入（円未満切り捨て）
Ｆ１地域密着型通所介護	Ｂ１÷様式１５号総括表Ｂ８×様式１５号総括表Ｇ８を記入（円未満切り捨て）
Ｇ１認知症対応型通所介護	Ｃ１÷様式１５号総括表Ｂ９×様式１５号総括表Ｇ９を記入（円未満切り捨て）
Ｈ１小規模多機能型居宅介護	Ｄ１÷様式１５号総括表Ｂ１０×様式１５号総括表Ｇ１０を記入（円未満切り捨て）
Ａ２～Ｈ２合計	Ａ１～Ｈ１の縦計を記入

川崎市版

様式１２号　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等軽減額市町村別調書

様式５号を様式１２号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式１５号と様式１２号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記　載　項　目	記　載　内　容
利用者負担軽減額 Ａ１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	様式５号合計欄Ｄ２を該当の市町村名のＡ１訪問欄に記入
Ｂ１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	様式５号合計欄Ｇ２を該当の市町村名のＢ１通所欄に記入
Ｃ１介護予防短期入所介護	様式５号合計欄Ｋ２を該当の市町村名のＣ１短期欄に記入
Ｄ１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	Ａ１÷様式１５号総括表Ｂ１１×様式１５号総括表Ｇ１１を記入（円未満切り捨て）
Ｅ１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	Ｂ１÷様式１５号総括表Ｂ１２×様式１５号総括表Ｇ１２を記入（円未満切り捨て）
Ｆ１介護予防短期入所介護	Ｃ１÷様式１５号総括表Ｂ１３×様式１５号総括表Ｇ１３を記入（円未満切り捨て）
Ａ２～Ｆ２合計	Ａ１～Ｆ１の縦計を記入

様式１３　介護予防認知症対応型通所介護等軽減額市町村別調書

様式６号を様式１３号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式１５号と様式１３号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記　載　項　目	記　載　内　容
利用者負担軽減額 Ａ１介護予防認知症対応型通所介護	様式６合計欄Ｆ２を該当の市町村名のＡ１介護予防認知症対応型通所介護欄に記入
Ｂ１介護予防小規模多機能型居宅介護	様式６合計欄Ｊ２を該当の市町村名のＢ１介護予防認知症型居宅介護欄に記入
Ｃ１介護予防認知症対応型通所介護	Ａ１÷様式１５号総括表Ｂ１４×様式１５号総括表Ｇ１４を記入（円未満切り捨て）
Ｄ１介護予防小規模多機能型居宅介護	Ｂ１÷様式１５号総括表Ｂ１５×様式１５号総括表Ｇ１５を記入（円未満切り捨て）
Ａ２～Ｄ２合計	Ａ１～Ｄ１の縦計を記入

川崎市版

様式１４　定期巡回・随時対応型訪問介護看護等軽減額市町村別調書

様式７号を様式１４号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式１５号と様式１４号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記　載　項　目	記　載　内　容
利用者負担軽減額 Ａ１定期巡回・随時対応型訪問介護看護	様式７合計欄Ｄ２を該当の市町村名のＡ１定期巡回・随時対応型訪問介護看護欄に記入
Ｂ１複合型サービス	様式７合計欄Ｈ２を該当の市町村名のＢ１複合型サービス欄に記入
Ｃ１定期巡回・随時対応型訪問介護看護	Ａ１÷様式１５号総括表Ｂ１６×様式１５号総括表Ｇ１６を記入（円未満切り捨て）
Ｄ１複合型サービス	Ｂ１÷様式１５号総括表Ｂ１７×様式１５号総括表Ｇ１７を記入（円未満切り捨て）
Ａ２～Ｄ２合計	Ａ１～Ｄ１の縦計を記入

様式１５号　総括表

様式８号～様式１４号を基に軽減総額を転記することにより、全体の軽減額を推計し、補助額、施設の負担額を計算するためのものです。

記　載　項　目	記　載　内　容
本来受領すべき利用者負担総額（全入所者） Ａ１～Ａ２、Ａ４～Ａ１７	令和８年４月～令和８年９月の実績額×２を記入 （介護報酬の１～３割・食費・居住費が該当します。）
計　Ａ３，Ａ１８	Ａ１～Ａ２、Ａ４～Ａ１７の縦計を記入
（軽減総額） 介護老人福祉施設サービス　Ｂ１ (実人員数は他項目と重複可)	様式１号のＧ２を記入 ※複数の市町村に該当者がいる場合は、その合計(以下、同じ)
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　Ｂ２ (実人員数は他項目と重複可)	様式２号のＧ２を記入
（計）　Ｂ３	Ｂ１～Ｂ２の縦計を記入
訪問介護　Ｂ４ (実人員数は他項目と重複可)	様式３号のＤ２を記入
通所介護　Ｂ５ (実人員数は他項目と重複可)	様式３号のＧ２を記入
短期入所生活介護　Ｂ６ (実人員数は他項目と重複可)	様式３号のＫ２を記入
夜間対応型訪問介護　Ｂ７ (実人員数は他項目と重複可)	様式４号のＤ２を記入
地域密着型通所介護　Ｂ８ (実人員数は他項目と重複可)	様式４号のＧ２を記入

認知症対応型通所介護　Ｂ９ (実人員数は他項目と重複可)	様式４号のＪ２を記入
小規模多機能型居宅介護Ｂ１０ (実人員数は他項目と重複可)	様式４号のＮ２を記入
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 Ｂ１１ (実人員数は他項目と重複可)	様式５号のＤ２を記入
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 Ｂ１２ (実人員数は他項目と重複可)	様式５号のＧ２を記入
介護予防短期入所生活介護 Ｂ１３ (実人員数は他項目と重複可)	様式５号のＫ２を記入
介護予防認知症対応型通所介護　Ｂ１４ (実人員数は他項目と重複可)	様式６号のＦ２を記入
介護予防小規模多機能型居宅介護　Ｂ１５ (実人員数は他項目と重複可)	様式６号のＪ２を記入
定期巡回・随時対応型訪問介護看護　Ｂ１６ (実人員数は他項目と重複可)	様式７号のＤ２を記入
複合型サービス　Ｂ１７ (実人員数は他項目と重複可)	様式７号のＨ２を記入
（計）　Ｂ１８	Ｂ４～Ｂ１７の縦計を記入
（１０％相当額）　Ｃ１～Ｃ２	Ａ１～Ａ２の１０％をそれぞれ記入(円未満切り捨て)
Ｃ３～Ｃ１８	記入不要
（全額公費分）　Ｄ１	Ｂ１－Ｃ１（結果がマイナスの場合は「０」と記入）
Ｄ２	Ｂ２－Ｃ２（結果がマイナスの場合は「０」と記入）
Ｄ３～Ｄ１８	記入不要
(控除額１％相当額)Ｅ１～Ｅ２ Ｅ４～Ｅ１７	Ａ１～Ａ２、Ａ４～Ａ１７の１％をそれぞれ記入（円未満切り捨て）
（計）Ｅ３、Ｅ１８	Ｅ１～Ｅ２、Ｅ４～Ｅ１７の縦計を記入
（１／２公費分）Ｆ１～Ｆ２	(Ｂ１～２－Ｅ１～２)×０．５ （ＢがＥより大きいとき記入） Ｂ１～２<Ｅ１～２＝０ （ＢがＥより小さいときは「０」と記入） （円未満切り捨て）
（計）　Ｆ３	Ｆ１～Ｆ２の縦計を記入
Ｆ４～Ｆ１７	(Ｂ４～１７－Ｅ４～１７)×０．５ （ＢがＥより大きいとき記入） Ｂ４～１７<Ｅ４～１７＝０ （ＢがＥより小さいときは「０」と記入） （円未満切り捨て）
（計）　Ｆ１８	Ｆ４～Ｆ１７の縦計を記入（円未満切り捨て）
（助成額） Ｇ１～Ｇ２、Ｇ４～Ｇ１７	（Ｄ１～Ｄ２、Ｄ４～Ｄ１７）＋（Ｆ１～Ｆ２、Ｆ４～Ｆ１７）を記入
Ｇ３、Ｇ１８	縦計を記入
Ｈ（助成請求額）	助成請求額を記入（端数処理は市町村に確認）

川崎市版

Ｉ（軽減合計）	Ｂ３＋Ｂ１８
Ｊ（施設負担額）	Ｉ－（様式８、９号のＢ２＋様式１０号のＤ２～Ｆ２＋様式１１号のＥ２～Ｈ２＋様式１２号のＤ２～Ｆ２＋様式１３、１４号のＣ２、Ｄ２）を記入
Ｋ補助額合計	Ｈ３＋Ｈ１８

留意事項

※　別添の調査票様式は、「様式１５号」において全軽減対象者分、一括で軽減額を算出する様式になっています。

そのため、軽減対象者が複数の保険者に存在する場合、必要に応じて、**各様式シート（様式１号～様式７号）をコピーし、保険者ごとに作成**してください。ただし、**コピー元の様式シートは、シート名を変えずに、全保険者分記載**してください。様式１５号のセルに計算式が入っているため、変更してしまうと、正しく軽減額の計算がされませんので、御留意ください。

※　補助額が前年度までと比較して大きく増額している場合は、「本来受領すべき利用者負担総額」が**２倍されていなかったり**、**個人に対する「軽減額」に誤った数字**が入力されていたりする可能性があります。そのような場合には、**お手数ですが事業所等に対して、御確認をお願いいたします**。