

調書記入の際の注意点

施設名に加え、事業所番号も必ず入力してください。
併設で複数ある場合は複数入力してください。

147500**** 特別養護老人ホーム○×△
147500#### ユニット型特別養護老人ホーム○×△

様式1-5号

施設名

項目	本来受領すべき利用者負担総額 (全入所者)	軽減総額 (要人員数/人)	10%相当額 (A×0.1)	金額公費分 (B-C)	控除額 1%相当額 (A×0.01)	1/2 公費分 ※3(B-C)×0.5 ※4(F-G)×0.5 ※5(B×E)×0.5	助成額(円) (D+F)	助成請求額(円) (D+F)
介護福祉施設サービス (人数)	01	01	01	01	01	01	01	01
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (人数)	02	02	02	02	02	02	02	02
計	03	03	03	03	03	03	03	03
項目	本来受領すべき利用者負担総額 (金利用者)	軽減総額 (要人員数/人)	10%相当額 (A×0.1)	金額公費分 (B-C)	控除額 1%相当額 (A×0.01)	1/2 公費分 ※6(G-H)×0.5 ※7(I-J)×0.5 ※8(K-L)×0.5	助成請求額 (D+F)	助成請求額(円) (D+F)
訪問介護 (人数)	04	04	04	04	04	04	04	04
通所介護 (人数)	05	05	05	05	05	05	05	05
短期入所生活介護 (人数)	06	06	06	06	06	06	06	06
夜間対応型訪問介護 (人数)	07	07	07	07	07	07	07	07
地域密着型通所介護 (人数)	08	08	08	08	08	08	08	08
認知症対応型通所介護 (人数)	09	09	09	09	09	09	09	09
1-複数多機能型住宅介護 (人数)	10	10	10	10	10	10	10	10
第一号特別養護老人ホーム 特別養護老人ホーム (人数)	11	11	11	11	11	11	11	11
第二号特別養護老人ホーム 特別養護老人ホーム (人数)	12	12	12	12	12	12	12	12
介護士の短期入所生活 介護 (人数)	13	13	13	13	13	13	13	13
介護士1名認知症対応型 通所介護 (人数)	14	14	14	14	14	14	14	14
介護士1名多機能型 型住宅介護 (人数)	15	15	15	15	15	15	15	15
認知症対応型特別 訪問介護 (人数)	16	16	16	16	16	16	16	16
複合型サービス (人数)	17	17	17	17	17	17	17	17
計	18	18	18	18	18	18	18	18
軽減合計 (B3+B18)	0	0	0	0	0	0	0	0
助成請求 合計 (H3+H18)	0	0	0	0	0	0	0	0

A欄(本来受領すべき利用者負担総額(全入所者))は、令和5年4月から令和6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。

- ① 1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

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。

- × 軽減を受けている入所者の利用者負担総額
- × 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
- × 他市町村の被保険者も含めた利用者負担総額

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。

(表中の記号)
※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はD1～2に「0」を記入する。
※3 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。
※4 軽減総額が10%相当額より大きいときはD1～2に「0」を記入する。
※5 軽減総額が控除額より小さいときはD1～2に「0」を記入する。
※6 軽減総額が1%相当額より小さいときはD1～2に「0」を記入する。
※7 軽減総額が1%相当額より小さいときはD1～2に「0」を記入する。
※8 表中1欄減額合計から構成。9号のD2～F2及び様式1-4号のC2、D2の合計を引いた額を記入する。
※この様式は、算出済として使用できるものとする。