

社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担軽減制度事業 費補助金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置に係る実施要綱（平成17年大口町告示第123号）の規定に基づき、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等（以下「法人等」という。）が、低所得者で生計が困難である者及び生活保護受給者（以下「生活困難者等」という。）に対して利用者負担額の軽減を行った場合、法人等が負担した額が本来受領すべき利用者負担額の1パーセントを超えたとき、町の予算内において法人等に交付する補助金について、必要な事項を定めることを目的とする。

(交付の対象及び補助率)

第2条 この要綱による補助事業（以下「補助事業」という。）の対象となる介護サービス（以下「対象サービス」という。）は、別表に掲げるものとし、法人等が低所得者で生計が困難である者に対して行った介護保険サービスの利用者負担の軽減制度の実施に必要な経費のうち、補助金交付の対象として町長が必要と認める経費（以下「対象経費」という。）について補助金を交付する。

2 対象経費及び補助率は別表のとおりとする。

(申請手続)

第3条 この要綱による補助金の交付を受けようとする法人等（以下「申請法人等」という。）は、社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担軽減制度事業費補助金交付申請書（様式第1）、請求明細書（様式第2）及び軽減対象者調査票（様式第3）、それぞれ正副2部を町長に提出しなければならない。

(交付決定)

第4条 町長は、前条の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、補助金の交付の可否を決定し、社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担軽減制度事業費補助金交付決定（却下）通知書（様式第4）により、申請法人等に通知するものとする。この場合において、町長は補助金の目的を達成するため

に必要があるときは、条件を付することができる。

(計画変更の承認)

第5条 補助金の交付決定を受けた法人等が、当該決定にかかる事業の内容を変更するときは、速やかに社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担軽減制度事業費補助金変更交付申請書(様式第5)、請求明細書及び軽減対象者調査票、それぞれ正副2部を町長に提出しなければならない。

(申請の取り下げ)

第6条 補助金の交付決定を受けた法人等が、第3条の規定による申請の取り下げをしようとする場合は、当該交付決定を受けた日から起算して30日以内に取り下げ届(様式第6)により町長に届け出なければならない。

(補助事業の中止又は廃止)

第7条 法人等は、補助事業を中止し、又は廃止しようとする場合は、その旨、県知事に申し出た上で町長の承認を受けなければならない。

(実績報告)

第8条 法人等は、補助事業が完了したときは実績報告書(様式第7)、請求明細書、軽減対象者調査票及び請求書(様式第8)、それぞれ正副2部を町長に提出しなければならない。

2 前項に定める実績報告書の提出期限は、補助事業の完了の日から30日以内とする。

(補助金の交付)

第9条 町長は、前条の報告があったときは、速やかにその内容を審査し、補助事業の完了を認めたときは、請求書に記載された預貯金口座に振り込むことにより、補助金を交付するものとする。

(軽減状況記録票の記載)

第10条 法人等は、軽減状況記録票(様式第9)を作成しなければならない。

2 町長は、必要に応じて法人等から前項の軽減状況記録票について報告を求めることができる。

(その他必要事項)

第11条 この要綱に定めるもののほか、実施に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則（平成17年12月15日大口町告示第124号）

- 1 この要綱は、告示の日から施行し、平成17年10月1日から適用する。
- 2 この要綱の施行前の大口町介護保険サービス利用者負担減免措置事業費助成金交付要綱による利用者負担減免措置については、なお従前の例による。

附 則（平成18年8月18日大口町告示第83号）

この要綱は、告示の日から施行し、改正後の社会福祉法人等による生活困難者に対する利用者負担軽減制度事業費補助金交付要綱の規定は、平成18年7月1日から適用する。

附 則（平成25年10月31日 大口町告示第105号）

この要綱は、告示の日から施行し、平成25年8月1日から適用する。

附 則（平成26年5月30日 大口町告示第66号）

この要綱は、告示の日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

附 則（平成28年9月30日 大口町告示第113号）

この要綱は、告示の日から施行し、改正後の社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担軽減制度事業費補助金交付要綱の規定は、平成28年4月1日から適用する。

附 則（平成31年3月27日 大口町告示第35号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和元年9月30日 大口町告示第123号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和3年3月30日 大口町告示第32号）

この要綱は、告示の日から施行する。

別表(第2条関係)

対象サービス	対象経費 (軽減対象費用)	補助率
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・ 介護老人福祉施設 	<p>(1) 旧措置入所者(※1)及び新規入所者 (10%の利用者負担額、食費、居住費)</p> <p>(2) 生活保護受給者(※3) 個室の居住費</p>	<p>○軽減総額が本来受領すべき利用者負担額(※2)の10%を上回る場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 軽減総額から本来受領すべき利用者負担額(※2)の10%を控除した額について $10/10$ ・ 本来受領すべき利用者負担額(※2)の10%から本来受領すべき利用者負担額(※2)の1%を控除した額について $1/2$ <p>○軽減総額が本来受領すべき利用者負担額(※2)の10%を下回る場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 軽減総額から本来受領すべき利用者負担額(※2)の1%を控除した額について

		1 / 2
<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護 ・地域密着型通所介護 ・認知症対応型通所介護 ・介護予防認知症対応型通所介護 ・第1号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。） 	10%の利用者負担額、食費	○軽減総額から本来受領すべき利用者負担額（※2）の1%を控除した額について 1 / 2
<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護 ・介護予防短期入所生活介護 	(1) 生活保護受給者以外の利用者 10%の利用者負担額、食費、滞在費 (2) 生活保護受給者（※3） 個室の滞在費	
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。） 	10%の利用者負担額	

<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護 ・複合型サービス ・介護予防小規模多機能型居宅介護 	<p style="text-align: center;">10%の利用者負担額、食費、宿泊費</p>	
--	--	--

- ※1 旧措置入所者として、実質的に負担軽減を受けているもの(利用者負担割合が5%以下の者)を除く。ただし、利用者負担割合が5%以下の者であってもユニット型個室の居住費に係る利用者負担額については軽減の対象とする。
- ※2 本来受領すべき利用者負担額とは、軽減を実施しなかったと仮定した場合の対象サービスの利用者全員から受領すべき利用者負担額を表す。
- ※3 平成25年8月1日、平成26年4月1日、平成27年4月1日、平成30年10月1日、令和元年10月1日又は令和2年10月1日施行の生活扶助基準等の改正に伴い生活保護が廃止された者であって、廃止時点において補助事業に基づく軽減又は特定入居者介護(予防)サービス費の支給により居住費の利用負担がなかった者のうち、引き続き補助事業に基づく軽減の対象となる者については、軽減の程度を居住費以外にかかる利用者負担については4分の1(高齢福祉年金受給者は2分の1)を原則とするとともに、居住費にかかる利用者負担については全額とする。
- ※4 短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス又は介護予防短期入所者生活介護に係る食費及び居住費(滞在費)については、介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。

様式第1（第3条関係）

第 年 月 号
日

大 口 町 長 様

住 所
申請者 名 称
代表者の
職氏名

年度社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者
負担軽減制度事業費補助金交付申請書

このことについて、次のとおり補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

- 1 交付申請額 金 円
- 2 請求明細書（様式第2-1、様式第2-2）
- 3 軽減対象者調査票（様式第3）

社会福祉法人軽減市町村助成費請求明細書

下記のとおり請求いたします。

年 月 ~ 年 月 審査分

保険者番号:
保険者名称:

サービス種類:

事業者番号:
事業者名称:

審査年月ごとの状況

審査年月	件数	事業所状況欄								
		①本来受領すべき利用者負担総額			軽減	②軽減総額				
		介護サービス費	食費	居住費		介護サービス費	食費	居住費		
合計										

審査年月	件数	市町村軽減額欄								
		本来受領すべき利用者負担総額			軽減	③軽減総額				
		介護サービス費	食費	居住費		介護サービス費	食費	居住費		
合計										

事業所状況欄				
④本来受領すべき利用者負担総額の合計(①の合計)	⑤軽減総額の合計(②の合計)	軽減比率(⑤÷④)	⑥事業所負担(欄外参照)	⑦市町村助成費(⑤-⑥)
		#DIV/0!		

市町村請求欄	
⑧市町村比率(③の合計÷⑤)	助成費請求額(⑦×⑧)
#DIV/0!	#DIV/0!

市町村の状況(参考)

証記載 保険者 番号	保険者名	実人数	軽減件数	軽減額	市町村比率	助成費請求額
合計						

⑥事業所負担の計算式(【】でいずれも小数点以下は切り捨て)
 ・訪問介護、通所介護、短期入所生活介護及び介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)で、軽減総額が利用者負担額の10%以下の時

$$【④の利用者負担の総額 \times 1\%】 + 【(⑤軽減総額 - 【④利用者負担の総額 \times 1\%】) \div 2】$$
 ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)で、軽減総額が利用者負担額の10%超の時

$$【④の利用者負担の総額 \times 1\%】 + 【(④利用者負担額の総額 \times 10\%) - 【④利用者負担の総額 \times 1\%】 \div 2】$$

社会福祉法人軽減市町村助成費請求明細書
(うち経過措置対象者分について)

年月～ 年月審査分

保険者番号:
保険者名称:

サービス種類:

事業者番号:
事業者名称:

審査年月ごとの状況(軽減額の内訳)

審査年月	事業所状況欄									
	件数	⑨軽減総額				軽減	⑩軽減総額のうち経過措置対象者分			
		介護サービス費	食費	居住費			介護サービス費	食費	居住費	
合計										

審査年月	市町村軽減額欄									
	件数	軽減総額				軽減	⑪軽減総額のうち経過措置対象者分			
		介護サービス費	食費	居住費			介護サービス費	食費	居住費	
合計										

事業所状況欄				
⑫軽減総額の合計(⑨の合計)	⑬うち経過措置対象者分の合計(⑩の合計)	⑭経過措置対象者比率(⑬÷⑫)	⑦市町村助成費	⑮うち経過措置対象者分市町村助成費(⑦×⑭)

市町村請求欄(経過措置対象者分)		
⑩市町村比率(⑪の合計÷⑬)	助成費請求額(⑦×⑧)	うち経過措置対象分(⑮×⑩)

経過措置対象者の市町村の状況(参考)

証記載 保険者 番号	保険者名	実人数	軽減件数	軽減額	市町村比率	助成費
合計						

様式第3(第3条、第5条、第8条関係)

軽減対象調査票

(年 月～ 年 月分)

施設名	
-----	--

(単位:円)

軽減対象者氏名	※介護老人福祉施設			合計
	※訪問介護・通所介護・短期入所生活介護			
	利用料負担 軽減見込(実績)額	食費負担 軽減見込(実績)額	滞在費負担 軽減見込(実績)額	
計				

様式第4（第4条関係）

第 号
年 月 日

様

大口町長 印

年度社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者
負担軽減制度事業費補助金交付決定・却下通知書

年 月 日付けで申請のありました 年度社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担軽減制度事業費補助金交付について、下記のとおり決定・却下したので通知します。

1 交付決定額 金 円

2 交付の条件

- (1) 本補助金は、本事業遂行の目的以外に使用してはならない。
- (2) 本事業の遂行に当たっては、補助金交付要綱に従うものとする。

3 却下の理由

・不服の申立て

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に大口町長に異議申立てをすることができます。また、この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に大口町を被告として（大口町長が被告の代表者となります。）提起できます。（処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する採決の送達を受けた日の翌日から起算してから6か月以内に提起することができます。

様式第5（第5条関係）

第 号
年 月 日

大 口 町 長 様

住 所
申請者 名 称
代表者の
職 氏 名

年度社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者
負担軽減制度事業費補助金変更交付申請書

このことについて、次のとおり補助金変更交付されるよう関係書類を添えて申請
します。

- 1 変更交付申請額 金 円
- 2 請求明細書（様式第2-1、様式第2-2）
- 3 軽減対象者調査票（様式第3）

様式第6（第6条関係）

年 月 日

大口町長

様

住 所
名 称
代表者の
職 氏 名

年度社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者
負担軽減制度事業費補助金変更交付決定取り下げ届

年 月 日付け第 号で交付決定がありました社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担軽減制度事業費補助金については、下記理由により取り下げます。

1 取り下げ理由

様式第7（第8条関係）

第 号
年 月 日

大 口 町 長 様

住 所
報告者 名 称
代表者の
職 氏 名

年度社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者
負担軽減制度事業費補助金の実績報告について（報告）

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた 年度社会福祉法
人等による利用者負担軽減制度事業費補助金について、次のとおり関係書類を添え
て報告します。

- 1 補助金精算額 金 円
- 2 請求明細書（様式第2）
- 3 軽減対象者調査票（様式第3）
- 4 請求書（様式第8）

様式第8 (第8条関係)

請 求 書

金 _____ 円

ただし、 _____ 年度社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担軽減制度事業費補助金として、上記の金額を請求します。

年 月 日

大 口 町 長 様

住 所

報告者 名 称

代表者の

職 氏 名

Ⓜ

※ 補助金額を下記口座に振込んで下さい。

口座振 込依頼欄	銀行 信金・信組 農協	本店 支店 出張所	種 目	口座番号						
	金融機関コード	支店コード	1 普通預 金							
			2 当座預 金							
			3 その他							
	フリガナ 口座名義人									

様式第9(第10条関係)

生計困難者等に対する利用者負担軽減の状況記録票(居宅サービス用)

対象者	氏名			生年月日	年	月	日	
	保険者(市町村)名			確認証確認番号			被保険者番号	
	軽減適用年月日	年	月	日	軽減有効期限	年	月	日

軽減の状況 (年 月 ~ 年 8 月)

月	本来受領すべき利用者負担 (A)	軽減額 (B)	利用者負担 (A-B)
3月分	訪問介護	0円	訪問介護 0円
	通介護費	0円	通介護費 0円
	所食費	0円	所食費 0円
	短介護費	0円	短介護費 0円
	食費	0円	食費 0円
	期滞在費	0円	期滞在費 0円
	合計	0円	合計 0円
4月分	訪問介護	0円	訪問介護 0円
	通介護費	0円	通介護費 0円
	所食費	0円	所食費 0円
	短介護費	0円	短介護費 0円
	食費	0円	食費 0円
	期滞在費	0円	期滞在費 0円
	合計	0円	合計 0円
5月分	訪問介護	0円	訪問介護 0円
	通介護費	0円	通介護費 0円
	所食費	0円	所食費 0円
	短介護費	0円	短介護費 0円
	食費	0円	食費 0円
	期滞在費	0円	期滞在費 0円
	合計	0円	合計 0円
6月分	訪問介護	0円	訪問介護 0円
	通介護費	0円	通介護費 0円
	所食費	0円	所食費 0円
	短介護費	0円	短介護費 0円
	食費	0円	食費 0円
	期滞在費	0円	期滞在費 0円
	合計	0円	合計 0円
7月分	訪問介護	0円	訪問介護 0円
	通介護費	0円	通介護費 0円
	所食費	0円	所食費 0円
	短介護費	0円	短介護費 0円
	食費	0円	食費 0円
	期滞在費	0円	期滞在費 0円
	合計	0円	合計 0円
8月分	訪問介護	0円	訪問介護 0円
	通介護費	0円	通介護費 0円
	所食費	0円	所食費 0円
	短介護費	0円	短介護費 0円
	食費	0円	食費 0円
	期滞在費	0円	期滞在費 0円
	合計	0円	合計 0円

	本来受領すべき利用者負担 (A)	軽減額 (B)	利用者負担 (A-B)
小計	訪問介護	0円	訪問介護 0円
	通介護費	0円	通介護費 0円
	所食費	0円	所食費 0円
	短介護費	0円	短介護費 0円
	食費	0円	食費 0円
	期滞在費	0円	期滞在費 0円
	合計	0円	合計 0円
①			

様式第9(第10条関係)

生計困難者等に対する利用者負担軽減の状況記録票(居宅サービス用)

減免の状況(年 月 ~ 年 2月)

月	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
9月分	訪問介護	0円	訪問介護	0円	訪問介護	0円
	通所介護費	0円	通所介護費	0円	通所介護費	0円
	所食費	0円	所食費	0円	所食費	0円
	短所介護費	0円	短所介護費	0円	短所介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	期滞在費	0円	期滞在費	0円	期滞在費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
10月分	訪問介護	0円	訪問介護	0円	訪問介護	0円
	通所介護費	0円	通所介護費	0円	通所介護費	0円
	所食費	0円	所食費	0円	所食費	0円
	短所介護費	0円	短所介護費	0円	短所介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	期滞在費	0円	期滞在費	0円	期滞在費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
11月分	訪問介護	0円	訪問介護	0円	訪問介護	0円
	通所介護費	0円	通所介護費	0円	通所介護費	0円
	所食費	0円	所食費	0円	所食費	0円
	短所介護費	0円	短所介護費	0円	短所介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	期滞在費	0円	期滞在費	0円	期滞在費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
12月分	訪問介護	0円	訪問介護	0円	訪問介護	0円
	通所介護費	0円	通所介護費	0円	通所介護費	0円
	所食費	0円	所食費	0円	所食費	0円
	短所介護費	0円	短所介護費	0円	短所介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	期滞在費	0円	期滞在費	0円	期滞在費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
1月分	訪問介護	0円	訪問介護	0円	訪問介護	0円
	通所介護費	0円	通所介護費	0円	通所介護費	0円
	所食費	0円	所食費	0円	所食費	0円
	短所介護費	0円	短所介護費	0円	短所介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	期滞在費	0円	期滞在費	0円	期滞在費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
2月分	訪問介護	0円	訪問介護	0円	訪問介護	0円
	通所介護費	0円	通所介護費	0円	通所介護費	0円
	所食費	0円	所食費	0円	所食費	0円
	短所介護費	0円	短所介護費	0円	短所介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	期滞在費	0円	期滞在費	0円	期滞在費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円

	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
小計	訪問介護	0円	訪問介護	0円	訪問介護	0円
	通所介護費	0円	通所介護費	0円	通所介護費	0円
	所食費	0円	所食費	0円	所食費	0円
	短所介護費	0円	短所介護費	0円	短所介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	②期滞在費	0円	②期滞在費	0円	②期滞在費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円

	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
合計	訪問介護	0円	訪問介護	0円	訪問介護	0円
	①通所介護費	0円	①通所介護費	0円	①通所介護費	0円
	所食費	0円	所食費	0円	所食費	0円
	短所介護費	0円	短所介護費	0円	短所介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	②期滞在費	0円	②期滞在費	0円	②期滞在費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円

様式第9(第10条関係)

生計困難者等に対する利用者負担軽減の状況記録票(介護老人福祉施設用)

対象者	氏名			生年月日	年 月 日	
	保険者(市町村)名			確認証確認番号		
	軽減適用年月日	年 月 日		軽減有効期限	年 月 日	
	入所年月日	年 月 日		退所年月日	年 月 日	
					減額割合	
					区分	

軽減の状況(年 月 ~ 年 8月)

	本来受領すべき利用者負担 (A)	軽減額 (B)	利用者負担 (A-B)
3月分	介護費	0円	0円
	食費	0円	0円
	居住費	0円	0円
	合計	0円	0円
	合計	0円	0円
4月分	介護費	0円	0円
	食費	0円	0円
	居住費	0円	0円
	合計	0円	0円
	合計	0円	0円
5月分	介護費	0円	0円
	食費	0円	0円
	居住費	0円	0円
	合計	0円	0円
	合計	0円	0円
6月分	介護費	0円	0円
	食費	0円	0円
	居住費	0円	0円
	合計	0円	0円
	合計	0円	0円
7月分	介護費	0円	0円
	食費	0円	0円
	居住費	0円	0円
	合計	0円	0円
	合計	0円	0円
8月分	介護費	0円	0円
	食費	0円	0円
	居住費	0円	0円
	合計	0円	0円
	合計	0円	0円
小計①	介護費	0円	0円
	食費	0円	0円
	居住費	0円	0円
	合計	0円	0円
	合計	0円	0円

様式第9(第10条関係)

生計困難者等に対する利用者負担軽減の状況記録票(介護老人福祉施設用)

減免の状況(年 月～平成 年 2月)

9 月 分	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
	介護費	0円	介護費	0円	介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	居住費	0円	居住費	0円	居住費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
# 月 分	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
	介護費	0円	介護費	0円	介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	居住費	0円	居住費	0円	居住費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
# 月 分	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
	介護費	0円	介護費	0円	介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	居住費	0円	居住費	0円	居住費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
# 月 分	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
	介護費	0円	介護費	0円	介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	居住費	0円	居住費	0円	居住費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
1 月 分	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
	介護費	0円	介護費	0円	介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	居住費	0円	居住費	0円	居住費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
2 月 分	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
	介護費	0円	介護費	0円	介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	居住費	0円	居住費	0円	居住費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
小 計 ②	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
	介護費	0円	介護費	0円	介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	居住費	0円	居住費	0円	居住費	0円
	合計	0円	合計	0円	合計	0円
合 計 ① +	本来受領すべき利用者負担 (A)		軽減額 (B)		利用者負担 (A-B)	
	介護費	0円	介護費	0円	介護費	0円
	食費	0円	食費	0円	食費	0円
	居住費	0円	居住費	0円	居住費	0円
②	合計	0円	合計	0円	合計	0円