様式第 7 号(第8条関係)

社会福祉法人等軽減市町村助成費請求明細書

年　　月 ～　　年　　月審査分

保険者番号 ：　　事業所番号 ：
保険者名称 ：　　サービス種類 ：　　事業所名称 ：

審査年月ごとの状況

審査年月	事業所状況欄						市町村軽減額欄	
	件数	①利用者負担総額			軽減件数	②軽減総額	軽減件数	③軽減額
			通常サービス	食費・居住費				
合計								

年次請求額集計欄

事業所状況欄					市町村請求欄	
④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)	⑧市町村比率 (③の合計÷⑤)	助成費請求額 (⑦×⑧)

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捨て）

・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護の時
［④利用者負担の総額　×　１%］　＋　［（⑤軽減総額　－　［④利用者負担の総額　×　１%］）　÷　２］

・介護老人福祉施設で、軽減総額が利用者負担総額の１０%以下の時
［④利用者負担の総額　×　１%］　＋　［（⑤軽減総額　－　［④利用者負担の総額　×　１%］）　÷　２］

・介護老人福祉施設で、軽減総額が利用者負担総額の１０%超の時
［④利用者負担の総額　×　１%］　＋　［（［④利用者負担の総額　×　１０%］　－　［④利用者負担の総額　×　１%］）　÷　２］

※１・・・・・市別比率（%）は算出後、小数点第三位を四捨五入