

【記載例②】特別養護老人ホームの場合

(様式2-2)

市町村別助成額内訳書
(特別養護老人ホーム用)

網掛け部分(矢印の①~④)に記入してください。

① 法人名
施設名

社会福祉法人〇〇〇〇〇〇
特別養護老人ホーム〇〇〇〇

② 特養入所者全員の利用者負担額

12,000,000 円

③

④

入所者全員(軽減対象者だけでなく)の利用者負担額(軽減対象者の場合は軽減する前の額)を記入してください。利用者から受領すべき利用者負担額のうち、介護費(介護報酬の原則1割分)、食費・居住費(負担限度額がある場合は負担限度額)の合計を記入してください。(その他の日常生活費は含めないでください。)

※軽減対象者に限らず、入所者全員の利用者負担額(介護費、食費、居住費)を記入してください。
ただし、**実質的負担軽減者である旧措置入所者**については、ユニット型個室の居住費のみ計上してください。

(単位:円)

市町村名 (保険者名) (A)	軽減額 (B)	特養入所者全員の 利用者負担額 (C)	利用者負担額 10%相当額 (D=C×10%)	助成対象額① (E=B-D)	利用者負担額 1%相当額 (F=C×1%)	助成対象額② (G=D-F又は B-F)	助成額合計 (H=E+G/2)	助成額の 市町村別割当額 (I=H×B/B合計)
A市	309,000							100,916
B市	37,000							12,083
C町								0
D村								0
								0
								0
								0
								0
								0
								0
合計	346,000	12,000,000	1,200,000	0	120,000	226,000	113,000	112,999

軽減対象者の市町村ごとに、全市町村分記入してください。

市町村ごとの補助額です。それぞれの市町村へ申請してください。計算式が入っていますので、自動表示されます。

注1) A欄には、軽減対象者一覧表の市町村(保険者)ごとに記入してください。
注2) B欄には、市町村(保険者)ごとに軽減額合計を記入してください。