

【記載例①】通所介護と第1号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（総合事業現行相当の通所介護）

（様式2-1） ※事業所ごとに作成してください。

市町村別助成額内訳書

（居宅サービス事業所用：特別養護老人ホームを除く）

網掛け部分(矢印①～④)を記入してください。

①

法人名
事業所名
サービスの種別

社会福祉法人〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇デイサービスセンター

通所介護

**通所介護利用者全員
(軽減対象者だけではなく)
の利用者負担額
を記入してください。**

（サービスの種別は、訪問介護、定期巡回・随時対応型通所介護、第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する予防認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、予防介護、小規模多機能型居宅介護、居宅サービス、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、短時間生活介護、予防短期入所生活介護のうちいずれか1つを記入してください。）

②

利用者全員の利用者負担額

100,000 円

※軽減対象者に限らず、**利用者全員の利用者負担額**（介護費、食費、居住費等）を記入してください。
ただし、**障害者訪問介護利用者支援措置事業の減免適用者**（58事業対象者）は利用者負担額を計上しないでください。

市町村名 (保険者名) (A)	軽減額 (B)	対象サービスにおける利用者負担額 (C)	利用者負担の1%相当額 (D=C×1%)	助成対象額 (E=B-D)	助成額 (F=E×1/2)	助成額の市町村別割り当て額 (G=F×B/B合計)
A市	10,000					4,700
B町	6,700					3,149
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
合計	16,700	100,000	1,000	15,700	7,850	7,849

注1) A欄には、様式1「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）ごとに対象サービスの介護費軽減額、食費・居住費等軽減額をそれぞれ記入してください。

（様式2-1） ※事業所ごとに作成してください。

市町村別助成額内訳書

（居宅サービス事業所用：特別養護老人ホームを除く）

網掛け部分(矢印①～④)を記入してください。

①

法人名
事業所名
サービスの種別

社会福祉法人〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇デイサービスセンター

1号通所事業所のうち介護予防通所介護に相当する事業

**通所介護と総合事業（保険給付相当）
にわけて様式
を作成してください。**

（サービスの種別は、訪問介護、定期巡回・随時対応型通所介護、第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する予防認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、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のうちいずれか1つを記入してください。）

②

利用者全員の利用者負担額

80,000 円

※軽減対象者に限らず、**利用者全員の利用者負担額**（介護費、食費、居住費等）を記入してください。
ただし、**障害者訪問介護利用者支援措置事業の減免適用者**（58事業対象者）は利用者負担額を計上しないでください。

市町村名 (保険者名) (A)	軽減額 (B)	対象サービスにおける利用者負担額 (C)	利用者負担の1%相当額 (D=C×1%)	助成対象額 (E=B-D)	助成額 (F=E×1/2)	助成額の市町村別割り当て額 (G=F×B/B合計)
A市	7,600					3,542
B町	4,200					1,957
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
合計	11,800	80,000	800	11,000	5,500	5,499

注1) A欄には、様式1「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）ごとに対象サービスの介護費軽減額、食費・居住費等軽減額をそれぞれ記入してください。