

総括表 (上部)

.....の箇所を入力してください。

法人名を入力してください。

事業所名を入力してください。

サービス名を全て入力してください。

社会福祉法人軽減制度に係る補助金算出シート:総括表(その1)

法人名	社会福祉法人〇〇会 ①	事業所名	特別養護老人ホーム〇〇苑、〇〇デイサービスセンター	軽減実施サービス	特別養護老人ホーム、短期入所生活介護(介護・予防)、通所介護、通所介護相当サービス
作成担当者	〇〇 〇〇	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		

○補助額の算出

	算出種別	介護老人福祉施設 (地域密着サービス 含) (特養)		訪問介護 (訪問)		通所介護 (通所)		短期入所生活 介護(短期)		定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護 (定期巡回)		夜間対応型訪 問介護(夜間 訪問)		認知症対応型通 所介護(認知通 所)		小規模多機能型 居宅介護(小規 模)		複合型サービス (複合型)		訪問介護相当 サービス		通所介護相当 サービス		介護予防 短期入所生活介 護 (予防短期)		介護予防認知症 対応型通所介護 (予防認知通所)		介護予防小規模 多機能型居宅介 護 (予防小規模)		総計				
		人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額			
軽減総額	合計 (1割負担分) (食費・居住費等)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	本来の利用者負担収入額	B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Bの1%	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Bの10%	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	特養全額補助分(A-D)	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	補助額(A-C-E)×1/2+E	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

○市町村別軽減額の算出

市町村名 (※下の欄に市町 村名を入れてくださ い)	算出種別	介護老人福祉施設 (地域密着サービス 含) (特養)		訪問介護 (訪問)		通所介護 (通所)		短期入所生活 介護(短期)		定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護 (定期巡回)		夜間対応型訪 問介護(夜間 訪問)		認知症対応型通 所介護(認知通 所)		小規模多機能型 居宅介護(小規 模)		複合型サービス (複合型)		訪問介護相当 サービス		通所介護相当 サービス		介護予防 短期入所生活介 護 (予防短期)		介護予防認知症 対応型通所介護 (予防認知通所)		介護予防小規模 多機能型居宅介 護 (予防小規模)		総計			
		人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額		
宇治市	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(市町村2)	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(市町村3)	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(市町村4)	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(市町村5)	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(市町村6)	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(市町村7)	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(市町村8)	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(市町村9)	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- サービス別入力表の入力が終わってから入力してください。
- サービス別入力表で入力した市町村名をすべて入力してください。

サービス別入力表 (特養の場合の入力例)

.....の箇所を入力してください。

●「本来受領すべき利用者負担収入」とは・・・
軽減対象者以外の者を含む全利用者の1割負担(2割・3割も含む)、食費、居住費(滞在費、宿泊費)の利用者負担額の合計額をいいます。

介護老人福祉施設(地域密着型)

○本来受領すべき利用者負担収入について

	4月分	5月分	6月分	7月分	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分	1月分	2月分	3月分	合計
1割負担	909,676	876,676	897,554	905,323	946,326	925,467	917,665	896,243	882,348	905,238	919,042	879,075	10,880,934
食費	785,660	665,640	683,480	697,840	732,420	715,470	709,430	685,630	675,430	697,850	705,640	669,340	8,423,840
居住費	179,500	148,730	163,490	178,740	213,890	185,640	186,540	167,650	157,380	172,390	183,970	144,280	2,082,280
合計	1,874,976	1,691,046	1,744,534	1,781,903	1,892,639	1,826,577	1,813,635	1,749,523	1,715,156	1,775,478	1,808,652	1,692,695	21,387,094

●宇治市の場合、被保険者番号と同じ。

○軽減について

No	軽減対象者			軽減確認有効期間		4月分				5月分				6月分				3月分				年間合計				
	市町村名	確認番号	氏名	適用年月日	有効期限	1割負担	食費	居住費	軽減額	1割負担	食費	居住費	軽減額	1割負担	食費	居住費	軽減額	1割負担	食費	居住費	軽減額	1割負担	食費	居住費	軽減額	
1	宇治市	0001234567	○ ○ ○ ○	H24.7.(H25.7.1)	H25.6.30(H26.6.30)	25,837	11,700	9,600	11,784	26,898	12,090	9,920	12,176	25,837	11,700	9,600	11,784	26,898	12,090	9,920	12,176	314,348	142,350	116,800	143,368	
2	宇治市	0001345678	△ △ △ △	H24.7.(H25.7.1)	H25.6.30(H26.6.30)	27,962	9,000		18,481	28,894	9,300		19,097	27,962	9,000		18,481	28,894	9,300		19,097	340,203	109,500	0	224,851	
3	宇治市	0001357911	□ □ □ □	(H26.1.1)	(H26.6.30)				0				0				0				16,367	81,180	35,100	73,800	47,518	
4	宇治市	0001456789	▽ ▽ ▽ ▽	H24.7.(H25.7.1)	H25.6.30(H26.6.30)	27,962	9,000	24,600	24,600	28,894	9,300	25,420	25,420	27,962	9,000	24,600	24,600	28,894	9,300	25,420	25,420	340,203	109,500	299,300	299,300	
5	宇治市	0001567890	◇ ◇ ◇ ◇	H24.10.1	H25.6.30	27,962	19,500	39,300	21,690	28,894	20,150	40,610	22,412	27,962	19,500	39,300	21,690	28,894	9,300	25,420	25,420	84,818	59,150	119,210	65,792	
						109,726	46,200	73,500	78,553	116,800	50,840	75,950	79,105	109,726	46,200	73,500	78,553	116,800	50,840	75,950	79,105	112,458	42,750	57,760	73,060	
						1,874,976	1,691,046	1,744,534	1,781,903	1,892,639	1,826,577	1,813,635	1,749,523	1,715,156	1,775,478	1,808,652	1,692,695	21,387,094					455,600	608,110	780,827	

●上から1、2、3、...の要領で連番入力してください。

●確認の適用年月日、有効期限について入力してください。
なお、令和元年度確認の情報はかっこ書きにしてください。
(入力例)
更新により次のように確認をお持ちの方の場合は・・・
・平成30年度確認 適用年月日:H30.8.1 有効期限:R1.7.31
・令和元年度確認 適用年月日:R1.8.1 有効期限:R2.7.31
下記の要領で入力してください。
適用年月日 有効期限
H30.8.1(R1.8.1) R1.7.31(R2.7.31)

●老齢福祉年金受給者は「1」を、生活保護受給者は「2」を、生活扶助基準見直しによる特例措置対象者は「3」を入力してください。それ以外は、空欄にしてください。
生活保護受給者が対象となるサービスは、特養、地域密着型小規模特養、ショートステイ(予防を含む)の個室居住費です。

●本制度軽減前の利用者負担額を入力してください。(軽減額は自動計算されます)
※軽減を適用しなかった月は空欄にしてください。
※1割負担分は高額介護(予防)サービス費及び高額医療費合算介護(予防)サービス費適用前の金額を記載してください。

特養、ショートステイについての補足説明
●特養、ショートステイの食費・居住費(滞在費)について負担限度額認定を受けている方は、負担限度額適用後の利用者負担額を入力してください。
●特養利用者で、確認証に「※施設入所中は食費・居住費のみ有効」の記載のある方は、食費・居住費の欄のみデータ入力し、1割負担の欄は空欄にしてください。
●ユニット型個室に入所する旧措置入所者で利用者負担割合5%以下の方は、居住費の欄のみデータ入力し、1割負担、食費の欄は空欄にしてください。