様式第2号の1(第5条関係)

社会福祉法人等による利用者負担額軽減事業費補助金市町村別対象者一覧

(　年　月～　年　月分)

　保険者番号

　保険者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称

サービス種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(単位：円)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | 被保険者名 | サービス利用日数 | 軽減率 | 通常サービス | 食費 | 居住費 | 合計 |
| 軽減額 | 軽減額 | 軽減額 | 軽減額 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合　　　　　計 | | |  |  |  |  |  |