

介護保険利用者負担額軽減事業計画書

①所要額内訳

(単位 円)

	助				成				額								
	訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	地域密着型介護老人福祉施設	複合型サービス	介護老人福祉施設	介護予防短期入所生活介護	介護予防認知症対応型通所介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	第一号訪問事業	第一号通所事業	合 計
鹿児島市																	
他市町村																	

(注) 1. 各サービス種類ごとの助成額の合計を記入すること。

②実施した社会福祉法人等の種別及びサービスの状況

(単位 人)

実施法人等の 名 称	実施法人等の 種 別	軽減したサービスの種類						軽減したサービスの利用者数					
		訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	合 計	訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	合 計
		地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	地域密着型介護老人福祉施設	複合型サービス		地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	地域密着型介護老人福祉施設	複合型サービス	
		介護老人福祉施設	介護予防短期入所生活介護	介護予防認知症対応型通所介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	第一号訪問事業		介護老人福祉施設	介護予防短期入所生活介護	介護予防認知症対応型通所介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	第一号訪問事業	
		第一号通所事業						第一号通所事業					

- (注) 1. 「実施法人等の種別」については、社会福祉法人又は市町村の場合はその区分を、それ以外のもの場合は、具体的な種別を記入すること。
2. 「軽減したサービスの種類」は、実施したサービス欄に○印を付け、合計欄にその数を記入すること。
3. 「軽減したサービスの利用者数」については、当該実施法人等のサービスを利用した実人数（鹿児島市において認定した利用者に限る。）を上段に記入し、下段には括弧書で他市町村の利用者の実人数を記入すること。
4. 「第一号訪問事業」は、第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業。
5. 「第一号通所事業」は、第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業。

担当者氏名 _____

連絡先 _____

法人名 _____

収 支 予 算 書

（単位：円）

収 入			支 出		
費 目	金 額	備 考	費 目	金 額	備 考
鹿児島市補助金			軽減総額		
			訪問介護		
			通所介護		
他市町村補助金			短期入所生活介護		
			定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
			夜間対応型訪問介護		
			地域密着型通所介護		
			認知症対応型通所介護		
社会福祉法人負担額			小規模多機能型居宅介護		
			地域密着型介護老人福祉施設		
			複合型サービス		
			介護老人福祉施設		
			介護予防短期入所生活介護		
			介護予防認知症対応型通所介護		
			介護予防小規模多機能型居宅介護		
			第一号訪問事業		
			第一号通所事業		
合 計			合 計		

- （注） 1． 収入の費目の鹿児島市補助金及び他市町村補助金は、様式第1①所要額のそれぞれの助成額の合計に同じ。
2． 支出の金額合計は、法人が軽減する総額（様式第3「合計」欄）と等しい。
3． 支出の備考欄には、該当するサービスを実施している事業所の名称をそれぞれ記入すること。
2ヶ所以上の事業所で実施している場合は、全ての事業所名を記入すること。

法人名 _____

様式第3（第5条関係）

助 成 額 計 算 書

（単位：円）

		軽減前の利用者 負担額（X）	軽 減 総 額 （Y）	鹿児島市助成対象 者分の軽減分（A）	他市町村助成対象 者分の軽減分（B）	鹿児島市助成額 （Z）	他市町村助成額 （Z'）
介護サービス	訪問介護						
	通所介護						
	短期入所生活介護						
	介護老人福祉施設						
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
	夜間対応型訪問介護						
	地域密着型通所介護						
	認知症対応型通所介護						
	小規模多機能型居宅介護						
	地域密着型介護老人福祉施設						
	複合型サービス						
介護予防サービス	介護予防短期入所生活介護						
介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護						
	介護予防小規模多機能型居宅介護						
総合事業	第一号訪問事業						
	第一号通所事業						
介護サービス計							
地域密着型サービス計							
介護予防サービス計							
介護予防地域密着型サービス計							
総合事業							
合 計							

（注） 該当する各サービスごとにその実施状況を記入すること。該当がない場合は、空欄で構わない。

法人名 _____