音更町介護保険サービス利用者負担額軽減特別対策費請求明細書（　　年　　月分）

事業所番号		事業所名	

※給付及びサービスの種類を〇で囲んでください。

給付の種類	予防給付・介護給付
サービス種類	【利用者負担が該当】訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・定期巡回随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護 【利用者負担、食費が該当】通所介護・通所リハビリテーション・認知症対応型通所介護 【利用者負担、食費、滞在費(宿泊費)が該当】短期入所生活介護・短期入所療養介護・小規模多機能型居宅介護・複合型サービス

被保険者				本来の負担額（軽減前）			軽減特別対策費（軽減額）　注１				高額介護サービス費の優先適用		
				利用者負担	食費	滞在費宿泊費	利用者負担	食費	滞在費宿泊費	合計	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 小規模多機能型居宅介護 複合型サービス　のみ		
軽減確認証番号	被保険者番号	氏名	利用日数(回数)	A	B	C	D=A*1/4	E=B*1/4	F=C*1/4	G=D+E+F	上限額 H	高額支給額 I=A-H	適用の有無
例①	123456	音更　太郎	30	24,122	28,500	24,000	0	7,125	6,000	13,125	15,000	9,122	有
例②	165432	木野　花子	18	18,426	16,300	7,600	4,606	4,075	1,900	10,581	15,000	3,426	無
計													

（注）１．「軽減特別対策費」は、被保険者、利用者負担ごとに、食費、滞在費・宿泊費それぞれについて、１円未満を切り捨ててください。
２．食費、滞在費（宿泊費）は、上記サービス種類を確認し、対象の可否を判断してください。
３．高額介護サービス費を優先適用する場合は、利用者負担の軽減特別対策費（Ｄ欄）は、「０」を記入してください。
４．サービス提供月、給付の種類、サービス種類ごとに、請求明細書を作成してください。