

軽減状況調書〔介護老人福祉施設〕

（ 年 月分）

（施設名 ）

通番	確認番号	氏名	介護老人福祉施設（新規入所者）			
			1割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	計
			円	円	円	円
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
通番	確認番号	氏名	介護老人福祉施設（旧措置入所者のうち実質的負担軽減者を除く）			
			1割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	計
			円	円	円	円
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0

（注）

- 1 本様式は、事業所ごとに作成し、該当するサービスに○印を付けること。
- 2 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができる。