

様式第12号(第15条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減制度事業実施状況報告書

法人名

⑨

《令和 年 月分》

減免内訳表

利用サービス	被保険者氏名	単位数	本来の 利用者負担	減免額	受領額	備考
合計	名		0	0	0	

※翌月の20日までに報告してください。

様式第12号(第15条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減制度事業実施状況報告書

法人名 社会福祉法人〇〇〇

㊟

《令和 2 年 10 月分》

減免内訳表

利用サービス	被保険者氏名	単位数	本来の利用者負担	減免額	受領額	備考
介護福祉施設サービス(Ⅱ)	〇〇 〇〇	16,780				839単位×20日
〇〇〇加算	〃	600				30単位×20日
△△加算	〃	240				12単位×20日
合計	〃	17,620	17,620	4,405	13,215	
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設(Ⅰ)	□□ □□	26,160				872単位×30日
〇〇〇加算	〃	900				30単位×30日
合計	〃	27,060	27,060	6,765	20,295	
生保受給者のユニット型個室居住費	☆☆ ☆☆	-	24,600	24,600	0	820円×30日
通所介護 通常規模型(1)	△△ △△	4,800	4,800	1,200	3,600	400単位×12日
合計	3名		74,080	36,970	37,110	

※翌月の20日までに報告してください。