

社会福祉法人利用者負担減額に係る助成費申請書

記載例

(あて先) 宇都宮市長

令和 8年9月30日

代表者が理事長の場合は理事長印、支部長の場合は支部長印を押印してください。

〒
法人名 所在地
名 称

法人所在地・法人名・代表者氏名等を御記入ください。

印

下記のとおり関係書類を添えて、社会福祉法人利用者負担減額の助成費を申請します。

サービス提供事業所名:

社会福祉法人減額認定を持ち、サービスを利用している者の人数を御記入ください。

社会福祉法人利用者負担減額助
(令和8年度 前期分・後期分)

左記の認定者が利用した回数を御記入ください。

月ごとの助成額を御記入ください。

対象月	認定区分別人数					利用回数合計	助成額
4 月分	支援1: 介護3:	支援2: 介護4:	介護1: 介護5:	介護2: 事業:	計		
5 月分	支援1: 介護3:	支援2: 介護4:	介護1: 介護5:	介護2: 事業:	計		
6 月分	支援1: 介護3:	支援2: 介護4:	介護1: 介護5:	介護2: 事業:	計		
7 月分	支援1: 介護3:	支援2: 介護4:	介護1: 介護5:	介護2: 事業:	計		
8 月分	支援1: 介護3:	支援2: 介護4:	介護1: 介護5:	介護2: 事業:	計		
9 月分	支援1: 介護3:	支援2: 介護4:	介護1: 介護5:	介護2: 事業:	計		
計	支援1: 介護3:	支援2: 介護4:	介護1: 介護5:	介護2: 事業:	計		

介護予防・日常生活支援事業対象者の人数を御記入ください。

※関係書類は、月別の助成費計算書で

口座情報等を御記入ください。各項目漏れ等無いよう御確認の上、申請いただきますようお願いいたします。

社会福祉法人利用者負担減額の助成費を下記の口座へ振込ください。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店			種 目	口座 番 号						
	金融機関コード				店舗コード			1普通預金 2当座預金 3その他							
	フリガナ														
	口座名義人														

(注意:振込口座は当該法人名義又は当該サービス提供事業所名義の口座としてください。)

《社会福祉法人利用者負担減額助成費計算書》

【区分 **介護** ・ 予防 ・ 相当 】

いずれかに丸を付けてください。

サービス提供事業所名： デイサービスセンター〇〇

(介護・予防・相当は分けて、それぞれに作成してください。)

(令和 年 月分)

◎本来受領すべき利用者負担額

(単位:円)

サービス種類		宇都宮市	(鹿沼) 市町村	合 計
通 所 介 護	一 部 負 担 金	900,000	8,000	908,000
	食 費	100,000	1,500	101,500
計		1,000,000	9,500	◎1 1,009,500

本来受領すべき利用者負担額は、減額対象者・他市町村の被保険者含め、
サービス利用者全員の合計金額
を記入してください。

◎減額対象額

(単位:円)

サービス種類		宇都宮市	()	() 市町村	合 計
通 所 介 護	一部負担金(25%)	8,000			8,000
	食 費(25%)	6,000			6,000
計		◇1 14,000			14,000
当該市町村の割合(小数点第4位以下切捨)		◇2 100.000%			100.000%

減額対象額は、

減額対象者の減額した金額

を記入してください。

「当該市町村の割合」のうち、
宇都宮市の割合
を記入してください。

◎助成費

(単位:円)

介護老人福祉施設 以外	控 除 額	◎1 1,009,500	× 1% ×	◇2 100.000%	= (a) 10,095	(円未満切捨)
	助 成 対 象 額	◇1 14,000	—	(a) 10,095	= (b) 3,905	
	助 成 額	(b) 3,905	×	1/2	= ① 1,952	(円未満切捨)
	法 人 負 担 額	◇1 14,000	—	① 1,952	= ② 12,048	
計		助 成 額		①	= 1,952	
		法 人 負 担 額		②	= 12,048	

《社会福祉法人利用者負担減額助成費計算書》

サービス提供事業所名：特別養護老人ホーム〇〇

本来受領すべき利用者負担額は、減額対象者・（月分）
他市町村の被保険者含め、

サービス利用者全員の合計金額（単位：円）
を記入してください。

◎本来受領すべき利用者負担額

サービス種類		宇都宮市	（鹿沼）市町村	（日光）市	合 計	
介護老人福祉施設	一部負担金（除旧措置入所者）	1,200,000	300,000	150,000		1,650,000
	食費・居住費（除旧措置入所者）	700,000	200,000	95,000		995,000
	計	1,900,000	500,000	245,000	◎1	2,645,000

◎減額対象額

サービス種類		宇都宮市	（鹿沼）市町村	（日光）市	合 計	
介護老人福祉施設	一部負担金（25%）（除旧措置入所者）	80,000	25,000			105,000
	食費・居住費（25%）（除旧措置入所者）	50,000	15,000			65,000
	居住費（100%）（生活保護受給者）	30,000	0			30,000
	計	◇1 160,000	40,000			200,000
	当該市町村の割合（小数点第4位以下切捨）	◇2 80.000%	20.000%			100.000%

減額対象額は、
減額対象者の減額した金額
を記入してください。

「当該市町村の割合」のうち、
宇都宮市の割合
を記入してください。

◎助成費

介護老人福祉施設	10%を超えた部分	控 除 額	◎1	2,645,000	×	10%	×	◇2	80.000%	=	(a)	211,600	(円未満切捨)
		助 成 額	◇1	160,000		—		(a)	211,600	=	①	△ 51,600	
	10%を超えない部分	控 除 額	◎1	2,645,000	×	1%	×	◇2	80.000%	=	(b)	21,160	(円未満切捨)
		助 成 対 象 額	◇1	160,000		—		(b)	21,160	=	(c)	138,840	
		助 成 額	(c)	138,840		×	1/2			=	②	69,420	(円未満切捨)
		法 人 負 担 額	◇1	160,000		—	②	69,420	=	③	90,580		
計	助 成 額	①+② ※								=	69,420		
	法 人 負 担 額	③								=	90,580		

※ 10%を超えた部分の「助成額」①の値がマイナス(－)になる場合は、合計の助成額は②のみとする。

《社会福祉法人利用者負担減額助成費計算書》

【区分：介護 予防】

サービス提供事業所名：ショートステイ100

いずれかに丸を付けてください。
(介護と予防は分けて、それぞれに作成してください。)

(令和 年 月分)

◎本来受領すべき利用者負担額

(単位:円)

サービス種類		宇都宮市	(真岡) 市町村	合 計
(介護 予防) 短期入所生活介護	一 部 負 担 金	200,000	30,000	230,000
	食 費 ・ 滞 在 費	280,000	50,000	330,000
計		480,000	80,000	560,000

本来受領すべき利用者負担額は、減額対象者・他市町村の被保険者含め、
サービス利用者全員の合計金額
を記入してください。

◎減額対象額

(単位:円)

サービス種類		宇都宮市	(真岡) 市町村	合 計
(介護 予防) 短期入所生活介護	一部負担金(25%)	20,000	5,000	25,000
	食費・滞在費(25%)	35,000	8,000	43,000
	滞在費(100%) (生活保護受給者)	5,000	0	5,000
計		◇1 60,000	13,000	73,000
当該市町村の割合(小数点第4位以下切捨)		◇2 82.191%	17.808%	99.999%

減額対象額は、
減額対象者の減額した金額
を記入してください。

「当該市町村の割合」のうち、
宇都宮市の割合
を記入してください。

◎助成費

(単位:円)

介護老人福祉施設外	控 除 額	◎1 560,000	× 1% × ◇2 82.191%	= (a) 4,602	(円未満切捨)
	助 成 対 象 額	◇1 60,000	— (a) 4,602	= (b) 55,398	
	助 成 額	55,398	× 1/2	= ① 27,699	(円未満切捨)
	法 人 負 担 額	◇b) 60,000	— ① 27,699	= ② 32,301	
計		助 成 額	①	=	27,699
		法 人 負 担 額	②	=	32,301

《社会福祉法人利用者負担減額助成費計算書》

【区分：**介護**・予防】

サービス提供事業所名： 小規模多機能 〇〇ホーム

いずれかに丸を付けてください。
(介護と予防は分けて、それぞれに作成してください。)

(令和 年 月分)

◎本来受領すべき利用者負担額

(単位:円)

サービス種類		宇都宮市	() 市町村	合 計	
(介護予防) 小規模多機能型 居宅介護	一 部 負 担 金	320,000			320,000
	食 費 ・ 宿 泊 費	350,000			350,000
計		670,000		◎1	670,000

本来受領すべき利用者負担額は、減額対象者を含め、
サービス利用者全員の合計金額
を記入してください。

◎減額対象額

(単位:円)

サービス種類		宇都宮市	町村 () 市町村	合 計	
(介護予防) 小規模多機能型 居宅介護	一部負担金(25%)	12,000			
	食費・宿泊費(25%)	20,000			
計		◇1 32,000			
当該市町村の割合(小数点第4位以下切捨)		◇2 100.000%			

減額対象額は、
減額対象者の減額した金額
を記入してください。

「当該市町村の割合」のうち、
宇都宮市の割合
を記入してください。(地域密着型サービスは、原則100%)

◎助成費

(単位:円)

介護老人福祉施設 以外	控 除 額	◎1 670,000	× 1% × ◇2 100.000%	= (a) 6,700	(円未満切捨)
	助 成 対 象 額	◇1 32,000	— (a) 6,700	= (b) 25,300	
	助 成 額	(b) 25,300	× 1/2	= ① 12,650	(円未満切捨)
	法 人 負 担 額	◇1 32,000	— ① 12,650	= ② 19,350	
計		助 成 額	①	=	12,650
		法 人 負 担 額	②	=	19,350