

社会福祉法人利用者負担減額に係る助成費申請書

令和 8年9月30日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

〒
所在地
法人名 名 称
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: _____

社会福祉法人利用者負担減額助成費
(令和8年度 前期分 ・ 後期分)

(単位:円)

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		

※関係書類は、月別の助成費計算書です。

社会福祉法人利用者負担減額の助成費を下記の口座に振り込んでください。

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 】

サービス提供事業所名：

(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	() 市町村	() 市町村	() 市町村	合 計
	一 部 負 担 金						0
	食 費						0
計		0	0	0	0	0	◎1 0

◎減額対象額

(単位:円)

サービス種類		宇都宮市	() 市町村	() 市町村	() 市町村	() 市町村	合 計
	一部負担金(25%)						0
	食 費(25%)						0
計		◇1 0	0	0	0	0	0
当該市町村の割合(小数点第4位以下切捨)		◇2					

◎助成費

(単位:円)

介護老人福祉施設 以外	控 除 額	◎1	$\times 1\% \times \Diamond 2$	$= (a)$	0	(円未満切捨)
	助 成 対 象 額	◇1	$- (a)$	$= (b)$	0	
	助 成 額	(b)	$\times 1/2$	$= \textcircled{1}$	0	(円未満切捨)
	法 人 負 担 額	◇1	$- \textcircled{1}$	$= \textcircled{2}$	0	
計		助 成 額	$\textcircled{1}$	$=$	0	
		法 人 負 担 額	$\textcircled{2}$	$=$	0	

《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：_____

(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	() 市町村	() 市町村	() 市町村	合 計
介護老人福祉施設	一 部 負 担 金 (除旧措置入所者)						0
	食 費・居 住 費 (除旧措置入所者)						0
	計	0	0	0	0	0	◎1 0

◎減額対象額 (単位:円)

サービス種類		宇都宮市	() 市町村	() 市町村	() 市町村	() 市町村	合 計
介護老人福祉施設	一部負担金(25%) (除旧措置入所者)						0
	食費・居住費(25%) (除旧措置入所者)						0
	居 住 費(100%) (生活保護受給者)						0
	計	◇1 0	0	0	0	0	0
	当該市町村の割合 (小数点第4位以下切捨)	◇2					

◎助成費 (単位:円)

介護老人福祉施設	10%を超えた部分	控 除 額	◎1	×	10%	×	◇2	=	(a)	0	(円未満切捨)
		助 成 額	◇1		—		(a)	=	①	0	
	10%を超えない部分	控 除 額	◎1	×	1%	×	◇2	=	(b)	0	(円未満切捨)
		助 成 対 象 額	◇1		—		(b)	=	(c)	0	
		助 成 額	(c)	×	1	／	2	=	②	0	(円未満切捨)
		法 人 負 担 額	◇1		—		②	=	③	0	
計	助 成 額	①+② ※						=	0		
	法 人 負 担 額	③						=	0		

※ 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： _____

(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	() 市町村	() 市町村	() 市町村	合 計
(介 護 予 防) 短期入所生活介護	一 部 負 担 金						0
	食 費 ・ 滞 在 費						0
計		0	0	0	0	0	◎1 0

◎減額対象額

(単位:円)

サービス種類		宇都宮市	() 市町村	() 市町村	() 市町村	() 市町村	合 計
(介 護 予 防) 短期入所生活介護	一部負担金(25%)						0
	食費・滞在費(25%)						0
	滞在費(100%) (生活保護受給者)						0
計		◇1 0	0	0	0	0	0
当該市町村の割合(小数点第4位以下切捨)		◇2					0.000%

◎助成費

(単位:円)

介護老人福祉施設 以外	控 除 額	◎1	$\times 1\% \times$	◇2	= (a)	0	(円未満切捨)
	助 成 対 象 額	◇1	—	(a)	= (b)	0	
	助 成 額	(b)	$\times$	$1/2$	= ①	0	(円未満切捨)
	法 人 負 担 額	◇1	—	①	= ②	0	
計		助 成 額		①	=	0	
		法 人 負 担 額		②	=	0	

《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： _____

(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	() 市町村	() 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						0
	食 費 ・ 宿 泊 費						0
計		0	0	0	0	0	◎1 0

◎減額対象額

(単位:円)

サービス種類		宇都宮市	() 市町村	() 市町村	() 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%)						0
	食費・宿泊費(25%)						0
計		◇1 0	0	0	0	0	0
当該市町村の割合(小数点第4位以下切捨)		◇2					0.000%

◎助成費

(単位:円)

介護老人福祉施設 以外	控 除 額	◎1	$\times 1\% \times$	◇2	$=$	(a)	0	(円未満切捨)
	助 成 対 象 額	◇1	$-$	(a)	$=$	(b)	0	
	助 成 額	(b)	$\times$	$1/2$	$=$	①	0	(円未満切捨)
	法 人 負 担 額	◇1	$-$	①	$=$	②	0	
計		助 成 額		①	$=$		0	
		法 人 負 担 額		②	$=$		0	