

**令和6年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減に係る
事業費補助金に係る調書の記入要領**

- ※ **様式1号**～**様式14号**及び**様式15号**A～G欄は全て円単位で記入し、**様式15号**H欄は市町村が助成する額を記入してください。
- ※ 該当者がいない場合は**様式15号**に施設名及び空欄に「該当者なし」と記入し、所在の市町村に提出してください。
- ※ 該当者はいるものの、計算結果から補助金を受けられない場合（法人軽減額<本来受領すべき利用者負担×1%）であっても、**記載した調査票全て**を所在の市町村に提出してください
- ※ 施設が所在する市町村以外に該当者がいる場合には、該当する市町村にも記載した**調査票全て**を提出してください。

- 1 **様式16号**は、市町村が集計用に使用してください。
- 2 今回の調査は、令和6年4月～令和6年9月分（6ヶ月分）の実績を調査します。その実績を2倍し、年間の概算額を推計します。

様式1号 軽減対象者調書（介護老人福祉施設サービス）

介護老人福祉施設の入所者の軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に確認するためのものです。

記 載 項 目		記 載 内 容
A	通番	軽減対象者の数だけ通し番号を記入
B	確認番号	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の番号を記入 (番号がない場合は「-」を記入)
C	1氏名	カタカナで記入
軽 減 額	D 1 介護サービス費 E 1 食費負担 F 1 居住費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	G 1 計	1名ごとに横計を記入
	(合計) C 2～G 2	C欄～G欄のそれぞれの縦計を記入

様式 2号 軽減対象者調書（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

地域密着型介護老人福祉施設の入所者の軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に確認するためのものです。

記 載 項 目		記 載 内 容
A	通番	軽減対象者の数だけ通し番号を記入
B	確認番号	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の番号を記入 (番号がない場合は「-」を記入)
C 1	氏名	カタカナで記入
軽 減 額	D 1 介護サービス費 E 1 食費負担 F 1 居住費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	G 1 計	1名ごとに横計を記入
	(合計) C 2～G 2	C欄～G欄のそれぞれの縦計を記入

様式 3号 軽減対象者調書（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記 載 項 目		記 載 内 容
A	通番	軽減対象者の数だけ通し番号を記入
B	確認番号	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の番号を記入 (番号がない場合は「-」を記入)
C 1	氏名	カタカナで記入
軽 減 額	(訪問介護) D 1 介護サービス費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	(通所介護) E 1 介護サービス費 F 1 食費負担	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	G 1 計	通所介護E 1～F 1の横計を記入
	(短期入所生活介護) H 1 介護サービス費 I 1 食費負担 J 1 滞在費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	K 1 計	短期入所生活介護H 1～J 1の横計を記入
	C 2～K 2 合計	C欄～K欄の縦計を記入

様式 4号 軽減対象者調書（夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記 載 項 目		記 載 内 容
A	通番	軽減対象者の数だけ通し番号を記入
B	確認番号	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の番号を記入 (番号がない場合は「-」を記入)
C 1	氏名	カタカナで記入
軽 減 額	(夜間対応型訪問介護) D 1 介護サービス費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	(地域密着型通所介護) E 1 介護サービス費 F 1 食費負担	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	G 1 計	地域密着型通所介護E 1～F 1の横計を記入
	(認知症対応型通所介護) H 1 介護サービス費 I 1 食費負担	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	J 1 計	認知症対応型通所介護H 1～I 1の横計を記入
	(小規模多機能型居宅介護) K 1 介護サービス費 L 1 食費負担 M 1 宿泊費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	N 1 計	小規模多機能型居宅介護K 1～M 1の横計を記入
	C 2～N 2 合計	C欄～N欄の縦計を記入

様式 5号 軽減対象者調書（第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業、第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業、介護予防短期入所生活介護）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記 載 項 目		記 載 内 容
A	通番	軽減対象者の数だけ通し番号を記入
B	確認番号	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の番号を記入 (番号がない場合は「-」を記入)
C 1	氏名	カタカナで記入
軽 減 額	(第一号訪問介護のうち 介護予防訪問介護に相当 する事業) D 1 介護サービス費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	(第一号通所介護のうち 介護予防通所介護に相当 する事業) E 1 介護サービス費 F 1 食費負担	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)

G 1 計	第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業E 1～F 1の横計を記入
(介護予防短期入所生活介護) H 1 介護サービス費 I 1 食費負担 J 1 滞在費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
K 1 計	介護予防短期入所生活介護H 1～J 1の横計を記入
C 2～K 2 合計	C欄～K欄の縦計を記入

様式 6号 軽減対象者調書（介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記 載 項 目	記 載 内 容	
A 通番	軽減対象者の数だけ通し番号を記入	
B 確認番号	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の番号を記入 (番号がない場合は「-」を記入)	
C 1 氏名	カタカナで記入	
軽 減 額	(介護予防認知症対応型通所介護) D 1 介護サービス費 E 1 食費負担	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	F 1 計	介護予防認知症対応型通所介護D 1～E 1の横計を記入
	(介護予防小規模多機能型居宅介護) G 1 介護サービス費 H 1 食費負担 I 1 宿泊費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	J 1 計	介護予防小規模多機能型居宅介護G 1～I 1の横計を記入
	C 2～J 2 合計	C欄～J欄の縦計を記入

様式 7号 軽減対象者調書（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス）

軽減対象者及び項目別軽減額を市町村（保険者）別に作成します。

記 載 項 目	記 載 内 容	
A 通番	軽減対象者の数だけ通し番号を記入	
B 確認番号	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の番号を記入 (番号がない場合は「-」を記入)	
C 1 氏名	カタカナで記入	
軽	(定期巡回・随時対応型訪問介護看護) D 1 介護サービス費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)

減額	(複合型サービス) E 1 介護サービス費	1名ごとに軽減した額を記入 (R6.4～R6.9の実績×2倍)
	F 1 食費負担	
	G 1 宿泊費	
	H 1 計	複合型サービスE 1～G 1の横計を記入
C 2～H 2 合計		C欄～H欄の縦計を記入

様式 8号 介護老人福祉施設サービス軽減額市町村別調書

様式 1号を様式 8号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより全体の軽減額を把握し、様式 15号と様式 8号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記載項目	記載内容
A 1 利用者負担軽減額	様式 1号の合計欄G 2を該当の市町村名のA 1に記入
B 1 各市町村補助額	$A 1 \div \text{様式 15号総括表 B 1} \times \text{様式 15号総括表 G 1}$ を記入 (円未満切り捨て)
(合計) A 2～B 2	A 1～B 1の縦計を記入

様式 9号 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護軽減額市町村別調書

様式 2号を様式 9号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより全体の軽減額を把握し、様式 15号と様式 9号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記載項目	記載内容
A 1 利用者負担軽減額	様式 2号の合計欄G 2を該当の市町村名のA 1欄に記入
B 1 各市町村補助額	$A 1 \div \text{様式 15号総括表 B 2} \times \text{様式 15号総括表 G 2}$ を記入 (円未満切り捨て)
(合計) A 2～B 2	A 1～B 1の縦計を記入

様式 10号 訪問介護等軽減額市町村別調書

様式 3号を様式 10号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式 15号と様式 10号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記 載 項 目	記 載 内 容
利用者負担軽減額 A 1 訪問介護	様式 3 合計欄 D 2 を該当の市町村名の A 1 訪問欄に記入
B 1 通所介護	様式 3 合計欄 G 2 を該当の市町村名の B 1 通所欄に記入
C 1 短期入所生活介護	様式 3 合計欄 K 2 を該当の市町村名の C 1 短期欄に記入
D 1 訪問介護	A 1 ÷ 様式 1 5 号 総括表 B 4 × 様式 1 5 号 総括表 G 4 記入 (円未満切り捨て)
E 1 通所介護	B 1 ÷ 様式 1 5 号 総括表 B 5 × 様式 1 5 号 総括表 G 5 記入 (円未満切り捨て)
F 1 短期入所生活介護	C 1 ÷ 様式 1 5 号 総括表 B 6 × 様式 1 5 号 総括表 G 6 記入 (円未満切り捨て)
A 2 ~ F 2 合計	A 1 ~ F 1 の縦計を記入

様式 1 1 号 夜間対応型訪問介護等軽減額市町村別調書

様式 4 号を様式 1 1 号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式 1 5 号と様式 1 1 号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記 載 項 目	記 載 内 容
利用者負担軽減額 A 1 夜間対応型訪問介護	様式 4 合計欄 D 2 を該当の市町村名の A 1 訪問欄に記入
B 1 地域密着型通所介護	様式 4 合計欄 G 2 を該当の市町村名の B 1 通所欄に記入
C 1 認知症対応型通所介護	様式 4 合計欄 J 2 を該当の市町村名の C 1 通所欄に記入
D 1 小規模多機能型居宅介護	様式 4 合計欄 N 2 を該当の市町村名の D 1 短期欄に記入
E 1 夜間対応型訪問介護	A 1 ÷ 様式 1 5 号 総括表 B 7 × 様式 1 5 号 総括表 G 7 を記入 (円未満切り捨て)
F 1 地域密着型通所介護	B 1 ÷ 様式 1 5 号 総括表 B 8 × 様式 1 5 号 総括表 G 8 を記入 (円未満切り捨て)
G 1 認知症対応型通所介護	C 1 ÷ 様式 1 5 号 総括表 B 9 × 様式 1 5 号 総括表 G 9 を記入 (円未満切り捨て)
H 1 小規模多機能型居宅介護	C 1 ÷ 様式 1 5 号 総括表 B 1 0 × 様式 1 5 号 総括表 G 1 0 を記入 (円未満切り捨て)
A 2 ~ H 2 合計	A 1 ~ H 1 の縦計を記入

**様式 1 2 号 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業等軽減額
市町村別調書**

様式 5 号を様式 1 2 号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式 1 5 号と様式 1 2 号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記 載 項 目	記 載 内 容
利用者負担軽減額 A 1 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護	様式 5 号合計欄 D 2 を該当の市町村名の A 1 訪問欄に記入
B 1 第一号通所介護のうち介護予防通所介護	様式 5 号合計欄 G 2 を該当の市町村名の B 1 通所欄に記入
C 1 介護予防短期入所介護	様式 5 号合計欄 K 2 を該当の市町村名の C 1 短期欄に記入
D 1 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護	$A 1 \div$ 様式 1 5 号総括表 B 1 1 \times 様式 1 5 号総括表 G 1 1 を記入（円未満切り捨て）
E 1 第一号通所事業のうち介護予防通所介護	$B 1 \div$ 様式 1 5 号総括表 B 1 2 \times 様式 1 5 号総括表 G 1 2 を記入（円未満切り捨て）
F 1 介護予防短期入所介護	$C 1 \div$ 様式 1 5 号総括表 B 1 3 \times 様式 1 5 号総括表 G 1 3 を記入（円未満切り捨て）
A 2 ～ F 2 合計	A 1 ～ F 1 の縦計を記入

様式 1 3 介護予防認知症対応型通所介護等軽減額市町村別調書

様式 6 号を様式 1 3 号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式 1 5 号と様式 1 3 号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記 載 項 目	記 載 内 容
利用者負担軽減額 A 1 介護予防認知症対応型通所介護	様式 6 号合計欄 F 2 を該当の市町村名の A 1 介護予防認知症対応型通所介護欄に記入
B 1 介護予防小規模多機能型居宅介護	様式 6 号合計欄 J 2 を該当の市町村名の B 1 介護予防認知症型居宅介護欄に記入
C 1 介護予防認知症対応型通所介護	$A 1 \div$ 様式 1 5 号総括表 B 1 4 \times 様式 1 5 号総括表 G 1 4 を記入（円未満切り捨て）
D 1 介護予防小規模多機能型居宅介護	$B 1 \div$ 様式 1 5 号総括表 B 1 5 \times 様式 1 5 号総括表 G 1 5 を記入（円未満切り捨て）
A 2 ～ D 2 合計	A 1 ～ D 1 の縦計を記入

様式 1 4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護等軽減額市町村別調書

様式 7 号を様式 1 4 号の各「助成申請先市町村」欄に転記することにより、全体の軽減額を把握し、様式 1 5 号と様式 1 4 号の市町村毎の利用者負担軽減額をもとに各市町村から受ける補助額を計算します。

記載項目	記載内容
利用者負担軽減額 A 1 定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	様式 7 合計欄 D 2 を該当の市町村名の A 1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護欄に記入
B 1 複合型サービス	様式 7 合計欄 H 2 を該当の市町村名の B 1 複合型サービス欄に記入
C 1 定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	$A 1 \div \text{様式 1 5 号} \text{ 総括表 B 1 6} \times \text{様式 1 5 号} \text{ 総括表 G 1 6}$ を記入 (円未満切り捨て)
D 1 複合型サービス	$B 1 \div \text{様式 1 5 号} \text{ 総括表 B 1 7} \times \text{様式 1 5 号} \text{ 総括表 G 1 7}$ を記入 (円未満切り捨て)
A 2 ～ D 2 合計	A 1 ～ D 1 の縦計を記入

様式 1 5 号 総括表

様式 8 号～様式 1 4 号を基に軽減総額を転記することにより、全体の軽減額を推計し、補助額、施設の負担額を計算するためのものです。

記載項目	記載内容
本来受領すべき利用者負担総額 (全入所者) A 1 ～ A 2、 A 4 ～ A 1 7	R 6. 4 ～ R 6. 9 の実績額 $\times 2$ を記入 (介護報酬の 1 ～ 3 割・食費・居住費が該当します。)
計 A 3、A 1 8	A 1 ～ A 2、A 4 ～ A 1 7 の縦計を記入
(軽減総額) 介護老人福祉施設サービス B 1 (実人員数は他項目と重複可)	様式 1 号の G 2 を記入 ※複数の市町村に該当者がいる場合は、その合計(以下、同じ)
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護 B 2 (実人員数は他項目と重複可)	様式 2 号の G 2 を記入
(計) B 3	B 1 ～ B 2 の縦計を記入
訪問介護 B 4 (実人員数は他項目と重複可)	様式 3 号の D 2 を記入
通所介護 B 5 (実人員数は他項目と重複可)	様式 3 号の G 2 を記入
短期入所生活介護 B 6 (実人員数は他項目と重複可)	様式 3 号の K 2 を記入
夜間対応型訪問介護 B 7 (実人員数は他項目と重複可)	様式 4 号の D 2 を記入

地域密着型通所介護 B 8 (実人員数は他項目と重複可)	様式 4 号の G 2 を記入
認知症対応型通所介護 B 9 (実人員数は他項目と重複可)	様式 4 号の J 2 を記入
小規模多機能型居宅介護 B 1 0 (実人員数は他項目と重複可)	様式 4 号の N 2 を記入
第一号訪問事業のうち介護予 防訪問介護 B 1 1 (実人員数は他項目と重複可)	様式 5 号の D 2 を記入
第一号通所事業のうち介護予 防通所介護 B 1 2 (実人員数は他項目と重複可)	様式 5 号の G 2 を記入
介護予防短期入所生活介護 B 1 3 (実人員数は他項目と重複可)	様式 5 号の K 2 を記入
介護予防認知症対応型通所介 護 B 1 4 (実人員数は他項目と重複可)	様式 6 号の F 2 を記入
介護予防小規模多機能型居宅 介護 B 1 5 (実人員数は他項目と重複可)	様式 6 号の J 2 を記入
定期巡回・随時対応型訪問介護 看護 B 1 6 (実人員数は他項目と重複可)	様式 7 号の D 2 を記入
複合型サービス B 1 7 (実人員数は他項目と重複可)	様式 7 号の H 2 を記入
(計) B 1 8	B 4～B 1 7 の縦計を記入
(10%相当額) C 1～C 2	A 1～A 2 の 10% をそれぞれ記入 (円未満切り捨て)
C 3～C 1 8	記入不要
(全額公費分) D 1	B 1－C 1 (結果がマイナスの場合は「0」と記入)
D 2	B 2－C 2 (結果がマイナスの場合は「0」と記入)
D 3～D 1 8	記入不要
(控除額1%相当額) E 1～E 2 E 4～E 1 7	A 1～A 2、A 4～A 1 7 の 1% をそれぞれ記入 (円 未満切り捨て)
(計) E 3、E 1 8	E 1～E 2、E 4～E 1 7 の縦計を記入
(1/2公費分) F 1～F 2	$(B 1 \sim 2 - E 1 \sim 2) \times 0.5$ (B が E より大きいとき記入) $B 1 \sim 2 < E 1 \sim 2 = 0$ (B が E より小さいときは「0」と記入) (円未満切り捨て)
(計) F 3	F 1～F 2 の縦計を記入
F 4～F 1 7	$(B 4 \sim 1 7 - E 4 \sim 1 7) \times 0.5$ (B が E より大きいとき記入) $B 4 \sim 1 7 < E 4 \sim 1 7 = 0$ (B が E より小さいときは「0」と記入) (円未満切り捨て)
(計) F 1 8	F 4～F 1 7 の縦計を記入 (円未満切り捨て)
(助成額) G 1～G 2、G 4 ～G 1 7	$(D 1 \sim D 2、D 4 \sim D 1 7) + (F 1 \sim F 2、F 4$ $\sim F 1 7)$ を記入
G 3、G 1 8	縦計を記入

H (助成請求額)	助成請求額を記入 (端数処理は市町村に確認)
I (軽減合計)	B 3 + B 1 8
J (施設負担額)	I- (様式 8、9 号の B 2 + 様式 1 0 号の D 2 ~ F 2 + 様式 1 1 号の E 2 ~ H 2 + 様式 1 2 号の D 2 ~ F 2、様式 1 3、1 4 号の C 2、D 2) を記入
K 補助額合計	H 3 + H 1 8

様式 1 6 号 集計表

様式 1 5 号の H 1 ~ H 1 7 に記入されている **貴市町村の支出額 (助成額)** を記入してください。

留意事項

※ 別添の調査票様式は、「様式 1 5 号」において全軽減対象者分、一括で軽減額を算出する様式になっています。

そのため、軽減対象者が複数の保険者に存在する場合、**必要に応じて、各様式シート (様式 1 号 ~ 様式 7 号) をコピーし、保険者ごとに作成**してください。ただし、**コピー元の様式シートは、シート名を変えずに、全保険者分記載**してください。様式 1 5 号のセルに計算式が入っているため、変更してしまうと、正しく軽減額の計算がされませんので、御留意ください。

※ 補助額が前年度までと比較して大きく増額している場合は、「本来受領すべき利用者負担総額」が **2 倍されていなかったり、個人に対する「軽減額」に誤った数字**が入力されていたりする可能性があります。そのような場合には、**お手数ですが事業所等に対して、御確認をお願いいたします。**