

別紙 1

社会福祉法人等介護保険利用者負担額軽減事業補助金申請連絡票
(年 3 月～ 年 2 月サービス提供分)

年 月 日

法人名

代表者名

鹿児島市介護保険課長 殿

年度社会福祉法人等介護保険利用者負担額軽減事業補助金については、下記のとおりお知らせします。

提供しているサービス（事業を行っているものは全て○印を付けてください）	訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	夜間対応訪問介護	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
	地域密着型介護老人福祉施設	複合型サービス	介護老人福祉施設	介護予防短期入所生活介護
	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	第一号訪問事業	第一号通所事業
1.申請（見込）の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
2.申請しない理由 ※1で「無」の場合のみ回答	<input type="checkbox"/> 軽減の実績が見込めないため <input type="checkbox"/> 軽減の実績は見込めるが、補助金の交付が見込めないため 【軽減総額が、本来受領すべき利用者負担額の1%を超えないことが見込まれるため】 <input type="checkbox"/> その他			

※「第一号訪問事業」は、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」は、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