

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
(令和 年3月～令和 年2月サービス提供分)

令和 年4月1日

法人名

代表者名

鹿児島市介護保険課長 殿

令和 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。

1.軽減事業を行って いる（行う予定 の）サービスに○ 印を付けてくだ さい ※現在の軽減実績 の有無に関わら ず、利用者から軽 減確認証の提示 を受けた場合、軽 減を行う予定の サービスに○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
2.補助金申請（見込） の有無	☐ 有 ☐ 無			
3.補助金申請しない 理由 ※2で「無」の場合 のみ回答	☐ 軽減の実績が見込めないため ☐ 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】 ☐ 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、第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業

1. において○で回答いただいた事業所は、社会福祉法人等介護保険利用者負担額軽減事業を実施している事業所として利用者にご案内させていただきます。