

認知症グループホーム利用者負担軽減助成金交付申請書（説明資料）

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
2	認知症グループホーム利用者負担軽減助成金交付請求書										申請日 令和6年10月8日 サービス提供月 令和6年10月 事業所名			
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9	出雲市長 様													
10														
11														
12														
13	住所													
14	事業者名													
15	代表者職・氏名													
16	(事業所名)													
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23	1 ページ													
24														
25														
26														
27	認知症グループホーム利用者負担軽減助成金（令和6年10月サービス提供分）について、認													
28	知症グループホーム利用者負担軽減証明書（様式第6号）を添えて、下記のとおり請求しま													
29	す。													
30														
31														
32														

20〇〇/〇/〇の形式で入力してくださ
い。

20〇〇/〇/1 の形式で入力してください。

申請日	令和6年10月8日
サービス提供月	令和6年10月
事業所名	あかねの里 認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム 四季彩 グループホーム ハートキュアひらた グループホーム 寿生の家 グループホームことぶき園 認知症高齢者 グループホーム 寿生の丘 ハートフルおやま グループホームひだまり

リストから貴事業所を選択してください。

- ※ 住所、事業者名、代表者職・氏名及び事業所名は、リストから事業所名を選択すると自動入力されます。
- ※ その他のシート（様式第 6 号）にも、サービス提供月及び必要な申請者の情報が反映されます。

認知症グループホーム利用者負担軽減証明書（説明資料）

No	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	利用者負担段階	種別	利用日数 (日)	1日当たり軽減額(円) (日額の場合)	軽減総額(円)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

行の追加

行の削除

並び替え

合計

利用者負担段階	種別	利用日数 (日)	1日当たり軽減額(円) (日額の場合)	軽減総額(円)
2	月額		330	10,000
3	日額	10	270	2,700

上記のとおり相違ないことを証明します。

利用日数を入力すると

エラーの場合

利用者負担段階	種別	利用日数 (日)	1日当たり軽減額(円) (日額の場合)	軽減総額(円)
2	日額	31	330	10,230
	月額			※利用者負担段階未入力
	日額	20		※利用者負担段階未入力

事業者名

事業者職・氏名

軽減総額が自動入力される

ボタンを押すと、行が追加される。
※数式やリストなどが設定されたもの

ボタンを押すと、一番下の行から削除される。

ボタンを押すと、行が並び替えされる。
※利用者負担段階でまとめられ、被保険者番号が上から小さい順で並び替えされる。

・利用者負担段階未入力の場合
・日割り計算で月額の上限を超えている場合
入力した値を確認するように表示が出ます。

※入力した利用日数等を確認してください。