

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								
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

  

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

行の追加

行の削除

並び替え

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。

エラーの場合

利用日数を入力すると

軽減総額が自動入力される

・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。