

**令和8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**

- 1 調査票の様式1号～様式14号及び様式15号について、必要事項を記載し、提出してください。
※記載にあたり、D～H欄は全て円単位で記入してください。
- 2 今回の調査は、令和8年4月～令和8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。
- 3 様式15号の色付セル（グレー）は計算式が記入されています。色付セル（黄色）のみ記入してください。
○ A列は、全入所（利用）している人数及び利用者が本来負担すべき利用総額
○ B列は、利用者負担額を軽減した全入所（利用）人数と軽減総額
○ H列は、各市町村に請求する補助金額
- 3 軽減対象者がいない場合は、様式15号に施設名、対象者の有無を「無」に○を付け、所在の市町村に提出してください。
- 4 軽減対象者はいるが、法人が軽減した額と控除額（本来受領すべき利用者負担総額×1%）を比較した結果、補助額が「0」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。
- 5 施設が所在する市町村以外の軽減対象者がいる場合には、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。

軽減対象者調

様式1号～様式7号 サービス種別ごとに様式を作成

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 （番号が不明な場合は「－」を記入）
C 氏名		カタカナで記入
軽 減 額	D 介護サービス費 E 食費負担 F 居住費 H 宿泊費・滞在費	1名ごとに軽減した額を記入 （R8.4～R8.9の実績×2倍）
	G 計	1名ごと軽減総額（自動計算）
	合 計	費用ごとの合計（自動計算）

軽減額市町村別調

様式 8 号～様式 1 4 号 サービス種別ごとに作成

軽減対象者調様式 1 号～様式 7 号を参考に「助成申請先市町村」の該当欄に転記し、
全体の軽減額をまとめます。

記 載 項 目	記 載 内 容 ※千円未満切り捨て
利用者負担軽減額	軽減対象者調で作成した様式の合計を該当の市町村欄に記入
各市町村補助額	軽減費に対する補助額 (様式 1 5 号)を作成すると自動計算) 計算式：利用者負担軽減額÷軽減総額×補助総額
合 計	利用者負担軽減額合計 (自動計算) 各市町村補助額合計 (様式 1 5 号)を作成すると自動計算)

様式 1 5 号 総括表 ※請求保険者ごとに作成

軽減額市町村調様式 8 号～様式 1 4 号を参考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ものです。各サービス種別該当欄に記入。

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)		本来、利用者が負担する総額 (R 8. 4～R 8. 9 の実績額×2) を記入 (介護報酬の 1～3 割・食費・居住費が該当します。)
(人数)		入所者 (利用者) している人数 (年間総数)
軽減総額		軽減した総額
(人数)		利用者負担軽減確認証を利用した人数 (年間総数)
助成請求額		請求先市町村の助成請求額を記入 様式 8 号～様式 1 4 号の各市町村補助額を転記
自動計算	1 0 %相当額	本来受領すべき利用者負担総額の 10%
	全額公費分 (護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のみ)	軽減総額のうち、本来受領すべき利用者負担総額の 10%を超える部分は、全額が公費負担となる。 ・軽費総額<10%相当額の場合は 0 ・軽費総額>10%相当額の場合は差額
	控除額	本来受領すべき利用者負担総額の 1%
	公費分の 1 / 2	・ (軽減総額－控除額) × 1 / 2 ・ (10%相当額－控除額) × 1 / 2 ・ 軽費総額<控除額の場合は 0
	助成額	全額公費分と公費分の 1 / 2 を合算
	軽減合計	実質軽減した総額と対象人数合計
	施設負担額	軽減合計－補助額合計
	補助額合計	助成請求額合計