様式第８号（第１０条関係）

認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス提供年月 | 年　　　月 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 負担段階 | 軽減額 | | | 軽減総額  （円） |
| 月額 | 日額の場合 | |
| 日数（日） | 軽減額（円） |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
|  |  |  | １・２・３ |  |  |  |  |
| 合　計 | | | | | | |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

事業者名

代 表 者 　　　　　 　 印