様式第９号（第２０条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度

事業変更（中止・廃止）承認申請書

第　　　　　　　　　号

年　　月　　日

　多賀城市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　 名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

　　　年　　月　　日付け多賀城市指令第　　　号　　で補助金の交付決定を受けた社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業について、下記のとおり事業を変更（中止・廃止）したいので承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　変更（中止・廃止）の理由

２　変更（中止・廃止）の内容

３　添付書類

　 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金変更事業計画書（別紙１又は別紙２）

（別紙１） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【介護老人福祉施設を運営する事業者】

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金変更事業計画書

１　補助事業の実施期間 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

２　補助所要額内訳

事業者名

（１）介護福祉施設サービス

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 本来受領すべき利用者  負担額（全利用者分） | | ②  控 除 額  (端数切上げ)    ①×0.01 | ③  ①の10％  相当額  (端数切捨て)  ①×0.1 | 軽減額 | | | | ⑥  多賀城市軽減比率(小数点第三位を四捨五入)  　 D/C | 補助所要額 | | | |
| （人）  利用者数 | ①　（円）  金　額 | ④ 対象者数　(人） | | ⑤ 軽 減 額　(円） | | 全額補助額 | １／２補助額 | | 多賀城市  補 助 額    F+H |
| ⑦ 多賀城市補助額 (端数切上げ)  (C-B)×E | ⑧ 多賀城市補助対象額 D-A×E-F | ⑨ 多賀城市補助額  (端数切捨て)  G×1/2 |
|  | うち多賀城市の被保険者分 |  | うち多賀城市の被保険者分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 人 | 円 | A  円 | B  円 | 人 | 人 | C  円 | D  円 | E  ％ | F  円 | G  円 | H  円 | I  円 |

（２）（１）以外のサービス

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 人 | 円 | A  円 | B  円 | 人 | 人 | C  円 | D  円 | E  ％ | F  円 | G  円 | H  円 | J  円 |

注）１　本表は、事業所ごとに作成すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２　①については、高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費適用前の金額とすること。  ３　Ｂ及びＦは、（１）の介護福祉施設サービスについてのみ記入すること。 | 多賀城市補助額合計　Ｉ+Ｊ | 円 |

４　Ｃ＜Ｂの場合は、Ｆ＝０円とすること。

（別紙２） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【介護老人福祉施設を運営しない事業者】

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金変更事業計画書

１　補助事業の実施期間 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

２　補助所要額内訳

　　　 事業者名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 本来受領すべき利用者  負担額（全利用者分） | | ②  控 除 額  (端数切上げ)  ①×0.01 | 軽減額 | | | | ⑤  多賀城市  軽減比率  (小数点第三位を四捨五入)  C/B | 補助所要額 | |
| （人）  利用者数 | ①　 （円）    金額 | ③ 対象者数　(人） | | ④ 軽 減 額　(円） | | ⑥多賀城市  補助対象額  C-A×D | ⑦多賀城市  補助額  (端数切捨て)  E×1/2 |
|  | うち多賀城市の被保険者分 |  | うち多賀城市の被保険者分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 人 | 円 | A 円 | 人 | 人 | B 円 | C 円 | D ％ | E 円 | 円 |

注）１　本表は、事業所ごとに作成すること。

２　①については、高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費適用前の金額とすること。

３　項目の欄には、サービス名称を記入すること。

４　Ａ及びＤの欄は、社会福祉法人のみ記入すること。