

利用者負担見込額証明書（食費・居住費に係る特例減額措置用）

平成 年 月 日

始良市長 殿

当施設に入所する始良市被保険者の、現在における利用者負担見込額について下記のとおり証明します。

施設住所 \_\_\_\_\_

施設名称 \_\_\_\_\_ (印)

施設種類（ 特養 ・ 老健 ・ 療養型 ）

記

●被保険者氏名 \_\_\_\_\_

●被保険者番号 \_\_\_\_\_

●入所年月日 平成 年 月 日

●証明日時点における要介護状態区分 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）

認定有効期間 平成 年 月 日 ～ 年 月 日

●証明日時点における自己負担割合（ 1割 ・ 2割 ）

●施設利用時の食費 \_\_\_\_\_ 円/日額 : \_\_\_\_\_ 円/年額 (365日)①

●利用している部屋の種類（ユニット型個室・ユニット型準個室・従来型個室・多床室）

●施設利用時の居住費 \_\_\_\_\_ 円/日額 : \_\_\_\_\_ 円/年額 (365日)②

●施設利用時のサービス費用の1割又は2割負担額（見込）

\_\_\_\_\_ 円/月額 : \_\_\_\_\_ 円/年額 (12月)③

※1割（2割）負担額の月額見込額については、一ヶ月を31日として算出してください。

●施設利用時の利用者負担見込額（上記①②③の合計額） \_\_\_\_\_ 円/年額