

(別紙5)

令和 年 月

知事 殿

事業所・施設名

指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| サービスの種類 | 割引率 | 適用条件 |
|-----------------|----------|---------------------|
| 訪問介護 | (例) 10 % | (例) 毎日 午後2時から午後4時まで |
| | % | |
| | % | |
| 訪問入浴介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 通所介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 短期入所生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 特定施設入居者生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護老人福祉施設 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防訪問入浴介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防短期入所生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

