

(別紙5-2)

令和      年      月      日

市町村長 殿

事業所・施設名

地域密着型サービス事業者又は地域密着型介護予防サービス事業者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 |
|----------------------|-----|------|
| 夜間対応型訪問介護            | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 地域密着型通所介護            | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 認知症対応型通所介護           | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 小規模多機能型居宅介護          | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 認知症対応型共同生活介護         | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 複合型サービス              | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 介護予防認知症対応型通所介護       | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |

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