

①補助金基準額積算表

事業所名
サービス種別
補助対象区

- 注1) 交付、変更申請書、実績報告時(金額変更を伴う場合)にデータで送付して下さい。  
 注2) 黄色部分に入力して下さい。  
 注3) 実績報告時において、通所系サービスで片道送迎となった実績がある場合は、本シートの積算からは除き、「②積算表(通所・片道用)」のシートに記載するようにしてください。回数等がシート間で重複して積算することのないように注意してください。

<介護給付>

利用者番号	地区名	サービス内容	コード	単位数	加算率(%)	4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月		計			
						回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
計																																	
基準額																																	

<予防給付>

利用者番号	地区名	サービス内容	コード	単位数	加算率(%)	4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月		計			
						回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数	回数	補助単位基本数
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
計																																	
基準額																																	

回数合計	
基準額計	
補助所要額	
補助所要額(変更前)	
増減額	