（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