（別紙51）

令和　　年　　月　　日

市町村長 殿

事業所・施設名

介護予防・日常生活支援総合事業者による事業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 |
|---|---|---|
| 訪問型サービス（独自） | % | |
| | % | |
| | % | |
| 訪問型サービス（独自／定率） | % | |
| | % | |
| | % | |
| 通所型サービス（独自） | % | |
| | % | |
| | % | |
| 通所型サービス（独自／定率） | % | |
| | % | |
| | % | |
| その他サービス（配食／定率） | % | |
| | % | |
| | % | |
| その他サービス（見守り／定率） | % | |
| | % | |
| | % | |
| その他サービス（その他／定率） | % | |
| | % | |
| | % | |

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