**参　考**

様式第３号（第７条第２項関係）

弘介収第○○○号

平成２９年８月３０日

　　　　　　　　様

弘前市長　　　　　　　　　　印

平成２９年度弘前市要介護度改善支援奨励事業算定対象者報告に係る決定通知書

（施設用）

平成２９年８月６日付けで報告のあった、平成２９年度要介護度改善支援奨励事業に係る算定対象者について審査した結果、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

１　奨励金の交付対象者について

別紙「平成２９年度弘前市要介護度改善支援奨励事業算定対象者報告書写し」の市確認欄が「適」の者について、奨励金の算定対象とする。

２　奨励金の請求について

市確認欄が「適」の者のうち、交付月数が記載されている者について、平成２９年度弘前市要介護度改善支援奨励金請求書（様式第５号）を提出してください。

（１）内訳（対象施設名　　　○○○ホーム　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護状態の段階 | 対象  者数 | 合計  月数 | 単価 | 金　　額  （合計月数×単価） |
| 要介護状態が１段階軽減 | １人 | １２月 | 20,000円 | ２４０，０００円 |
| 要介護状態が２段階軽減 | ２人 | １４月 | 40,000円 | ５６０，０００円 |
| 要介護状態が３段階軽減 | 人 | 月 | 60,000円 | 円 |
| 要介護状態が４段階軽減 | 人 | 月 | 80,000円 | 円 |

（２）提出期限　　　平成２９年９月６日

３　次回の報告について

　　市確認欄が「適」の者のうち、「継」の者について、経過状況を次回も報告していただくこととなります。

以　上

担当：健康福祉部介護福祉課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：４０‐７０７２