

(様式例)

居宅サービス等利用料領収証（喀痰吸引等用）

(平成 年 月分)

| 利用者氏名 | | | | | |
|---|-------------------------|----------|----|----------|---------------|
| 費用負担者氏名 | | | | 続柄 | |
| 事業所名及び住所等 | | (住所： 印) | | | |
| 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等の名称 | | | | | |
| No. | サービス内容／種類 | 喀痰吸引等の有無 | 単価 | 回数 日数 | 利用者負担額（保険対象分） |
| ① | | | | | 円 |
| ② | | | | | 円 |
| ③ | | | | | 円 |
| ④ | | | | | 円 |
| ⑤ | | | | | 円 |
| No. | その他費用 （保険給付対象外のサービス） | | 単価 | 回数 日数 | 利用者負担額 |
| ① | | | | | 円 |
| ② | | | | | 円 |
| ③ | | | | | 円 |
| 領 収 額 | | | | | 円 |
| うち医療費控除の対象となる金額 （※当該サービスの利用者負担額（保険対象分）×1／10） | | | | | 円 |
| 領収年月日 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | |

(注) 1 ①医療系のサービスと併せて利用しない訪問介護（生活援助中心型を除く。）、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一体型事業所で訪問看護を利用しない場合及び連携型事業所に限る。）、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス（医療系のサービスを含まない組合せにより提供されるものに限る。）、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護若しくは介護予防小規模多機能型居宅介護又は②訪問介護（生活援助中心型に限る。）、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、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若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護において、喀痰吸引等が行われた場合は、当該サービスの利用者負担額（保険対象分）の10分の1が医療費控除の対象となります。

これらに該当する場合には、本様式例のとおり、「医療費控除の対象となる金額」欄に居宅サービス等に要する費用に係る自己負担額（保険対象分）の10分の1を記載してください。

2 本様式例によらない領収証であっても、「居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した事業者名」及び「医療費控除の対象となる金額」が記載されたものであれば差し支えありません。

なお、利用者自らが居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成し、市町村に届出が受理されている場合においては、「居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅支援事業者等の名称」欄に当該市町村名を記入してください。

3 サービス利用料が区分支給限度基準額又は種類支給限度基準額を超える部分の金額については、「その他費用（保険給付対象外のサービス）」欄に記載してください。

4 従来の居宅サービス等利用料領収証と併用する必要がある場合は、二重記載とにならないようご注意ください。

5 上記1に該当する場合の金額とあわせて、喀痰吸引等が行われなかった場合の金額も併記する場合は、様式例のとおり「喀痰吸引等の有無」欄にその区別を記載するなど、医療費控除の対象となる金額の算定に誤りがないようご注意ください。

6 医療費控除を受ける場合、この領収証を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。