

(様式)

居宅サービス等利用料領収証

(平成 年 月 日)

利用者氏名			
費用負担者氏名		続柄	
事業所名及び住所等	印 (住所： )		
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	単価	回数 日数	利用者負担額 (保険・事業対象分)
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	領収年月日
うち医療費控除の対象となる金額	円	平成 年 月 日

(注) 1 本様式によらない領収書であっても、「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。

- 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。
- 訪問介護事業者にあつては、「うち医療費控除の対象となる金額」欄には、利用者負担額 (保険対象分) のうち、生活援助中心型に係る訪問介護以外のサービスに係る利用者負担額 (保険対象分) の合計額を記載してください。
- 第1号事業に係る事業者にあつては、「うち医療費控除の対象となる金額」欄には、利用者負担 (事業対象分) のうち、旧介護予防訪問介護又は旧介護予防通所介護に相当するサービスに係る利用者負担額 (事業対象分) の合計額を記載してください。
- この領収証を発行する居宅サービス等事業者が、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、定期巡回型訪問介護・看護、複合型サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション又は介護予防短期入所療養介護を提供している場合には、これらのサービスに係る利用料についてもあわせて記入してください。
- 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。