

(様式例)

指定介護老人福祉施設等利用料等領収証

(平成 年 月分)

利用者氏名				
費用負担者氏名		続柄		
施設事業者名及び住所等		社会福祉法人 特別養護老人ホーム 印		
項 目		単価	数量	金 額(利用料)
①	介護費			円
②	食費			円
③	居住費			円
④	特別食負担			円
⑤	特別居住負担			円
⑥				円
⑦				円
⑧				円
⑨				円
領 収 額				円 領収年月日 平成 年 月 日
うち医療費控除の対象となる金額 (①+②+③)×1/2		_____		円

- (注) 1. 「事業者名及び住所等」の欄には、市(区)町村が提供する場合には、その自治体名を記入してください。
2. ①介護費の単価及び数量については適宜基本介護サービス費、各種加算の内訳を記載してください。
3. ①、②及び③の合計額の1/2(二重下線の額)が医療費控除の対象となります。
4. 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。