

障害福祉サービス等利用料領収証

下記の内容により、医師との連携の下に障害福祉サービス等を提供し、その費用を領収したことを証明する。

平成 年 月 日

事業者名

所在地（住所）

代表者名

印

記

利用者	氏名		性別	男 女
	住所			
	生年月日	明大昭平 年 月 日	年齢	
費用負担者	氏名		続柄	
	住所			
主治医又は 協力医療機関	医療機関名			
	所在地（住所）			
	医師氏名			
サービス内容	<p>1 障害福祉サービス等（療養介護を除く。）</p> <p>ア 居宅介護（身体介護、通院等介助（身体介護を伴う場合）及び乗降介助に限る。）</p> <p>イ 重度訪問介護（アと同様の内容に限る。）</p> <p>ウ 短期入所（ただし、市町村により遷延性意識障害者等として支給決定を受けたものに限る。）</p> <p>エ 重度障害者等包括支援（アからウまでと同様の内容に限る。）</p> <p>オ 上記以外の障害福祉サービス等（介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合に限る。）</p> <p>2 自立支援給付対象外のサービス</p> <p>ア 在宅介護サービス ※該当するものに○をつける。 食事の介護・排せつの介護・衣類着脱の介護・入浴の介護・身体清拭、洗髪・ 通院等の介助・その他必要な身体の介護（ ）</p> <p>イ 訪問入浴サービス</p> <p>ウ 上記以外の自立支援給付対象外のサービス（介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合に限る。）</p>			
費用額	領収対象期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
	領収額			
	うち医療費控除の対象となる金額			

1のアからオ、又は2のアからウの該当するものに○をつける。2のアについては、該当する内容にも○をつける。

(記載上の注意)

- 1 この領収書は、医療費控除を受ける際に、確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示して下さい。また、この領収書のほかに、医師又は医療機関の診療等の対価に係る領収書も添付して下さい。
- 2 「事業者名」欄は、市(区)町村が提示する場合には、その自治体名を記載して下さい(保健師、助産師、看護師、准看護師(以下「看護師等」という。)の場合は記入不要)。
- 3 障害福祉サービス等を利用している方は、この領収書に、市(区)町村の発行する受給者証の写しを添付して下さい。また、自立支援給付対象外のサービスを利用している方は、この領収書に、市(区)町村長の発行するホームヘルパー派遣決定通知書・訪問入浴サービス利用決定通知書、介護福祉士及び看護師等の資格証明証の写しを添付して下さい。
- 4 1のイ重度訪問介護については、利用者負担額に2分の1を乗じて医療費控除の対象となる金額を算出して下さい。
- 5 1のエ重度障害者等包括支援については、サービス提供実績記録により、提供されたサービスのうち利用者負担が発生しているものにつき、1のア及びウについては利用者負担相当額を、1のイについては利用者負担相当額に2分の1を乗じた額を、1のオについては、介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合に限り、利用者負担相当額に10分の1を乗じた額をそれぞれ算出し、各月ごとにこれらを合算し、医療費控除の対象となる金額を算出して下さい。
- 6 1のオ上記以外の障害福祉サービス等とは、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所(市町村により遷延性意識障害者加算等として決定された部分を除く。)、共同生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、児童発達支援(医療型を除く。)、放課後等デイサービス、障害児入所支援(医療型を除く。)を指します。
- 7 2のア在宅介護サービスについては、該当する内容に○をつけて下さい(複数可)。
- 8 2のウ上記以外の自立支援給付対象外のサービスで、介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合については、サービス費用額に10分の1を乗じた額を算出し、医療費控除の対象となる金額を算出して下さい。