

(様式)

指定介護老人福祉施設利用料等領収証

(平成 年 月 日)

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			
②	食費			
③	居住費			
④	特別食負担			
⑤	特別居住負担			
⑥				
⑦				
⑧				
⑨				
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、この領収書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。