

(様式)

指定介護老人福祉施設等利用料等領収証

(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
うち医療費控除の対象となる金額 (①+②+③) × 1/2	円	平成 年 月 日

- (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。