

平成 18 年 5 月

各事業者 様

介護給付費・訓練等給付費・施設訓練等支援費の利用者負担額領収書の作成について

各事業者様におかれまして利用者様あて作成いただいているみだしの領収書について、平成 18 年 4 月の制度変更に伴い、高額障害サービス費の償還払いの際に必要となることから、以下のことにご留意いただき作成くださいますようお願いいたします。(別添作成例参照)

1 領収書は、事業所(事業者番号)ごとに作成してください。

同一管理事業所である等の理由で、複数の事業所(事業者番号)の自己負担額をまとめて徴収し領収書を 1 枚で作成する場合は、事業所(事業者番号)ごとの内訳が分かるように作成してください。

2 領収書には以下の事項を記載してください。

- ① 領収書あて名・受給者名・受給者番号
- ② 領収金額
- ③ 領収金額の基礎となる費目名・サービス提供月(別紙費目名一覧参照)
(例 ただし、身障居宅介護に係る平成 18 年 4 月利用分利用者負担額として 等)
- ④ サービス提供事業者名・住所・領収者名・事業者印
・事業所名・事業所番号
- ⑤ 領収金額内訳
(施設等で実費負担額を徴収している場合は、実費負担分の領収書は別に作成するか、同一領収書に記載する場合は内訳に「利用者負担額〇〇円」「実費負担分〇〇円」として確実に記入してください。(実費部分は、償還払いの対象とならないため))
- ⑥ その他領収書として必要となる事項

名古屋市健康福祉局障害福祉部障害者支援課

No. _____

領 収 書

納入者 名古屋あきら

様 受給者証番号 0000000001

①

ただし、身障居宅介護に係る(平成18年4月分)として

③

事業者番号 2310010123411100

④

平成 年 月 日納

事業者名

事業所名

代表者 事業者代表者

印

②

金額

¥5,000

⑤

利用者負担金額		実費負担金額	
内 訳	A ¥5,000	①	①
		②	
		③	
		④	
		⑤	
		小計 B=①+②+③+④+⑤	
合計 A+B		¥5,000	

No. _____

領 収 書(控)

納入者 名古屋あきら

様 受給者証番号 0000000001

ただし、身障居宅介護に係る(平成18年4月分)として

事業者番号 2310010123411100

平成 年 月 日納

事業者名

事業所名

代表者 事業者代表者

印

金額

¥5,000

利用者負担金額		実費負担金額	
内 訳	A ¥5,000	①	①
		②	
		③	
		④	
		⑤	
		小計 B=①+②+③+④+⑤	
合計 A+B		¥5,000	

費目名一覧
身障居宅介護
身障デイサービス
身障短期入所
身障肢体更生施設
身障肢体更生施設通所
身障視覚更生施設
身障視覚更生施設通所
身障聴言更生施設
身障聴言更生施設通所
身障内部更生施設
身障内部更生施設通所
身障療護施設
身障療護施設通所
身障授産施設
身障授産施設通所
身障通所授産
知的居宅介護
知的デイサービス
知的短期入所
知的共同生活援助
知的更生施設
知的更生施設通所
知的授産施設
知的授産施設通所
知的通所授産
知的通勤寮
児童居宅介護
児童デイサービス
児童短期入所
のぞみの園
精神居宅介護
精神短期入所
精神共同生活援助