

## 居宅生活支援サービス利用者負担額証明書

下記の内容により、医師との連携の下に在宅療養のための居宅生活支援サービスを提供し、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	歳
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 (1)又は(2)の該当するものをつける。	居宅生活支援サービス (1) 居宅介護 ア 身体介護 イ 日常生活支援（身体介護に係る部分に限る。） (2) 短期入所（ただし、市町村により加算決定された遷延性意識障害者加算等に係る部分に限る。）			
利用者負担額	平成 年 月 日から平成 年 月 日 までの間に領収した金額の合計額（上記サービスに係るものに限る。） <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____ 円</div>			

(注)

- 1 この証明書は、居宅生活支援サービスの利用者負担額について、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。
- 2 「事業者名」欄は、市（区）町村が提供する場合には、その自治体名を記入して下さい。
- 3 なお、この証明書には、市（区）町村長の発行する居宅受給者証の写しを添付して下さい。
- 4 日常生活支援については、領収した金額に2分の1を乗じて合計額を算出して下さい。