

学生番号										氏名	
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--

介護保険介護サービス費支払明細書

西暦 年 月 日

1. 総括表

受診した者の氏名

申請者
との続柄

利用期間

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

2. 内訳（申請月から順に遡って1年分を記入）

	①支払額 (自己負担金額のみ) (注1)	②補填される金額 (高額介護サービス費)(注2)	控除対象介護サービス費 (①-②)
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
合計	円	円	③ 円

(注1) 介護保険適用の介護サービスについては、利用限度額内の自己負担額を控除の対象とします。
介護保険給付適用外(自費分)の支払額は控除の対象となりませんので注意してください。

(注2) ②補填される金額には、高額介護サービス費払戻金等の還付された金額を記入してください。
また、支給決定通知書等の補填された金額のわかる書類の写を添付してください。

<提出にあたって>

- 「介護保険被保険者証」又は「要介護認定・要支援認定等結果通知書」の写及び領収書の写等を必ず添付してください。
- 領収書の写は、介護サービス施設ごとにまとめて月別に台紙(様式10・11〔別紙〕)に貼付、又はA4サイズにコピーするなどして、確認しやすいように提出してください。