

障害福祉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障害福祉サービスを提供し、その費用を領収したことを証明する。

令和 年 月 日

事業者名

所在地（住所）

代表者名

記

| | | | | |
|-------------------------------|--|-------------|----|-----|
| 利用者 | 氏名 | | 性別 | 男 女 |
| | 住所 | | | |
| | 生年月日 | 明大昭平令 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 （該当するものに○をつける。） | 障害福祉サービス ア 居宅介護（身体介護、通院介助（身体介護を伴う場合）及び乗降介助に限る。） イ 重度訪問介護（アと同様のものに限る。）又は居宅介護（日常生活支援（身体介護に係る部分に限る。）） ウ 短期入所（ただし、市町村により遷延性意識障害者等として支給決定を受けたものに限る。） エ 重度障害者等包括支援（アからウまでと同様のものに限る。） | | | |
| 利用者負担額 | 令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に領収した金額の合計額（上記サービス内容に係るものに限る。） | | | 円 |

(注)

- この証明書は、障害福祉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。
- 「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。
- なお、この証明書には、市（区）町村の発行する障害福祉サービス受給者証の写しを添付して下さい。
- 重度訪問介護については、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。
- 重度障害者等包括支援については、サービス提供実績記録票により、提供されたサービスのうち利用者負担が発生しているものにつき、ア及びウについては利用者負担相当額を、イについては利用者負担相当額に2分の1を乗じた額をそれぞれ算出し、これらを合算した額を各月ごとに算出し、合計額を算出して下さい。