

領 収 書 (介護手当用)

(訪問介護サービス事業所・紹介所・シルバー人材センター等以外の介護手当申請用)

領収日 年 月 日

様

一金 円也

領収金額内訳

介護報酬：単価 () 円 × () 時間 =

交通費：1日往復金額 () 円 × () 介護日数 =

令和 年 月分介護料として上記金額を領収しました。

介護人氏名

介護人住所

職 業

(資格)

介護を受けた者の氏名	
介護を受けた者の居住地	
介護を受けた場所	1 自宅 2 病院 (名称) (所在地) 3 その他 ()
賃 金 取 決 事 項 ※必ず記入してください	1 1時間 円 2 交通費 (支給されている場合のみ) 円 自家用車・ バス ・ 電車 ・ その他 () 3 その他
介護従事日数及び総介護 時間数	「介護実施明細書」のとおり。
介護保険関係	1 介護認定を受けている場合 要介護度 () 2 受けていない 3 受けているサービス 訪問介護 通所介護 短期入所 その他 ()

※介護保険を利用されている場合は、事業所の介護給付費明細書等及びサービス提供票・別表を必ず添付して下さい。