

収入印紙

番号：

領 収 証

被保険者氏名

様

事業者所在地
事業者名
代表者職及び氏名
登録番号
電話番号
担当者名

下記の通り領収しました。

金円

但し、介護保険住宅改修工事（事前承認番号： ）に係る費用として

参考：事前承認時の予定額（償還払い時は非表示）
※「確定額」欄は、被保険者への説明等で必要であれば使用してください。（記入は任意）

	工事総額	うち給付対象費用	支給限度額	給付基準額	負担割合	給付額	自己負担額
	A	B	C	D（B・Cの小さい方）	E	F（D×E：小数点切捨）	G（A-F）
事前承認時					割		
確定額					割		

※負担割合は領収日時点の割合

領収日：令和 年 月 日

備考

内訳	税抜金額	消費税
%		
%		