

目黒区介護保険福祉用具購入費の受領委任払制度に係る利用者負担額領収書

領収年月日	年 月 日	領収金額	円			
領 収 内 訳	※ 福祉用具購入費給付の支給申請書の表記内容と一致するよう、製品名と型番を記入してください。 ※ 利用者負担額は、1品目ごとに計算をしてください。（購入金額×負担割合、切り上げ）					
	※	種 目	品 名	型 番	購入金額	利用者負担額
	1				円	円
	2				円	円
	3				円	円
		合	計		(A)	(B)
	【領収金額の算出方法】					
	今回購入金額【A】 ※10割				円	≪今年度初めて購入の場合≫ (今年度初めての購入で購入金額が10万円を超える場合を含む) 【A】 - 【C】 = 【B】 = 領収金額 ≪今年度中に既に給付実績があり、合計で購入金額が10万円を超える場合≫ 【A】 + 【D】 - 10万円 = 【E】 (10万円 - 【D】) × 利用者負担割合 + 【E】 = 領収金額
	今回利用者負担額【B】 ※1割、2割、もしくは3割				円	
	今回保険給付予定額【C】 ※9割、8割、もしくは7割				円	
今年度既購入金額総額【D】				円		
利用者負担追加額【E】				円		
※年度途中で負担割合が変更になる場合がありますので、ご注意ください。						
領 収 宛 名	住 所	〒 ー 電話番号				
	氏 名					
	被保険者 氏 名	被保険者 番 号				
※ 支払人が被保険者本人である場合は、被保険者氏名の欄は斜線を引いてください。						
領 収 人	住 所	〒 ー 電話番号				
	事業所名					
	代表者の 職・氏名					
注 意	この領収書は、特定（介護予防）福祉用具の購入者に係る要介護認定の結果が確定していない場合は、発行することができません。購入者が代金の全額をいったん支払う償還払いの方法を用いてください。 この領収書は、特定（介護予防）福祉用具の購入者が、販売元に対して「A」に係る保険給付金の受領権を委任しない場合は、発行することができません。購入者が代金の全額をいったん支払う償還払いの方法を用いてください。					