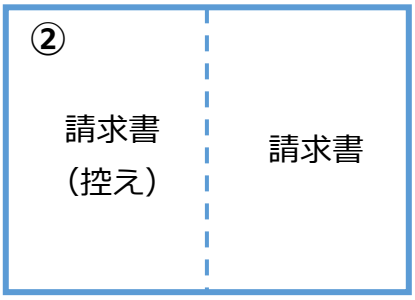
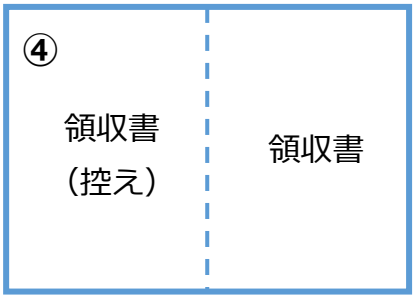
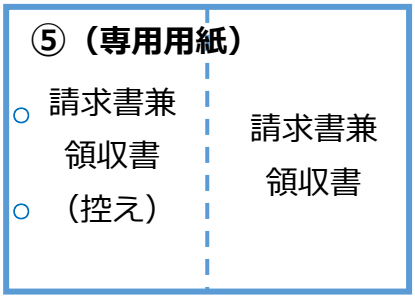
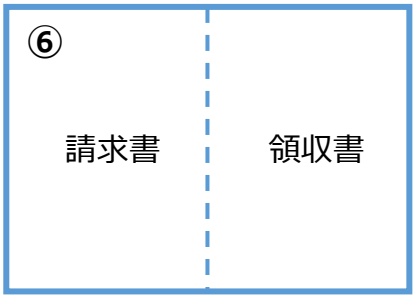
利用料請求書様式サンプル

設定名	
①請求書Ａ４縦	⑥請求書（左）／領収書（右）
②請求書Ａ４横（左右２枚）	⑦請求書（左）／領収書（右）専用用紙
③領収書Ａ４縦	⑧請求書兼領収書（当月分領収書）
④領収書Ａ４横（左右２枚）	⑨請求書兼領収書（前月分領収書）
⑤請求書兼領収書Ａ４横（左右２枚）専用用紙	⑩医療訪問看護領収証

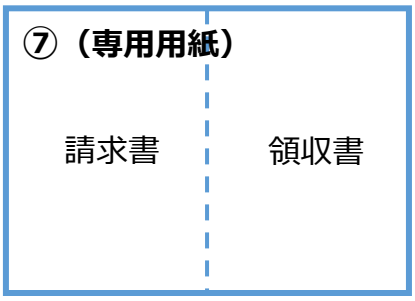




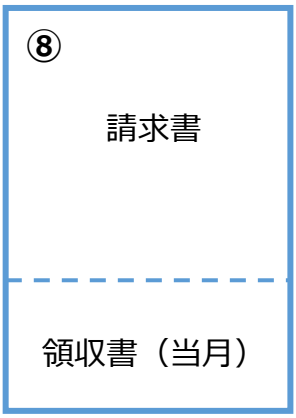


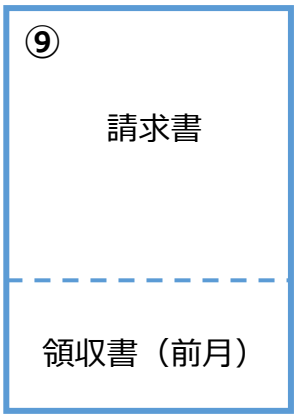


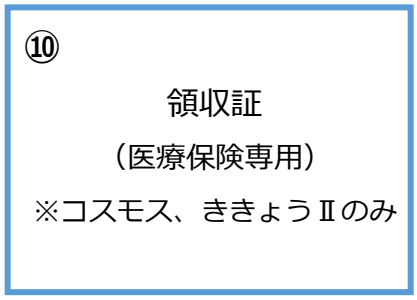
（２色、綴じ穴、切り取り線付き）



（２色、切り取り線付き）







利用料請求書

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　　FAX：076-296-3339

①

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願い申し上げます。

平成29年12月分

平成29年12月 1日～平成29年12月31日

お支払方法	口座振替
振替日	平成30年 1月31日
振替口座	コンダクト銀行　高尾台支店 (普通)******　ｶｲｺﾞｼﾞﾛｳ

下記の金額をご指定の口座から振り替えさせて頂きます。
振替日の前日までにご指定の口座にご入金ください。

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割
		利用者番号	0000000001

消費税額		
¥96-		

ご請求金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	〇				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費(通所)	〇				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		〇	108円	2	216円	
理美容代(通所)		〇		1	1,080円	

Sample

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考	

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

利用料請求書（控え）

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願い申し上げます。

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

お支払方法	口座振替
振替日	平成30年 1月31日
振替口座	コンダクト銀行　高尾台支店 (普通)******　ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ

下記の金額をご指定の口座から振り替えさせて頂きます。
振替日の前日までにご指定の口座にご入金ください。

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割

消費税額		
¥96-		

ご請求金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考	

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

利用料請求書

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

②

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願い申し上げます。

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

お支払方法	口座振替
振替日	平成30年 1月31日
振替口座	コンダクト銀行　高尾台支店 (普通)******　ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ

下記の金額をご指定の口座から振り替えさせて頂きます。
振替日の前日までにご指定の口座にご入金ください。

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割

消費税額		
¥96-		

ご請求金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考	

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

1／1

Sample

利用料領収書

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

③

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割		
		費用負担者	介護　太郎　様	続柄	本人

居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名	領収年月日
	平成30年 1月 8日

消費税額	医療費控除額	
¥96-	¥13,141-	

領収金額	¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	〇				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費(通所)	〇				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		〇	108円	2	216円	
理美容代(通所)		〇		1	1,080円	

Sample

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考	

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

印

※領収印の無いものは無効とします。　※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

利用料領収書（控え）

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

平成29年12月分

平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割		
		費用負担者	介護　太郎　様	続柄	本人
居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名				領収年月日	
				平成30年 1月 8日	

消費税額	医療費控除額	
¥96-	¥13,141-	

領収金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分（通所）	〇				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費（通所）	〇				4,500円	
昼食			500円	9	（　4,500）	
おむつ代（通所）		〇	108円	2	216円	
理美容代（通所）		〇		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

印

※領収印の無いものは無効とします。　※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

利用料領収書

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

4

平成29年12月分

平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割		
		費用負担者	介護　太郎　様	続柄	本人
居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名				領収年月日	
				平成30年 1月 8日	

消費税額	医療費控除額	
¥96-	¥13,141-	

領収金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分（通所）	〇				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費（通所）	〇				4,500円	
昼食			500円	9	（　4,500）	
おむつ代（通所）		〇	108円	2	216円	
理美容代（通所）		〇		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

印

※領収印の無いものは無効とします。　※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

1／1

Sample

請求書兼領収書（控え）

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成29年11月 8日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割		
		費用負担者	介護　太郎　様	続柄	本人
居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名				領収年月日	
				平成29年11月 8日	

消費税額	医療費控除額	
¥96-	¥13,141-	

領収金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ⅰ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ⅰ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

印

※領収印の無いものは無効とします。　※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

1／1

請求書兼領収書

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成29年11月 8日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

5

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割		
		費用負担者	介護　太郎　様	続柄	本人
居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名				領収年月日	
				平成29年11月 8日	

消費税額	医療費控除額	
¥96-	¥13,141-	

領収金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ⅰ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ⅰ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

印

※領収印の無いものは無効とします。　※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

1／1

Sample

利用料請求書

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願い申し上げます。

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割

お支払方法	口座振替
振替日	平成30年 1月31日
振替口座	コンダクト銀行　高尾台支店 (普通)******　ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ

下記の金額をご指定の口座から振り替えさせて頂きます。
振替日の前日までにご指定の口座にご入金ください。

消費税額		
¥96-		

ご請求金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考	

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

利用料領収書

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

6

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割		
		費用負担者	介護　太郎　様	続柄	本人

居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名	領収年月日
	平成30年 1月 8日

消費税額	医療費控除額	
¥96-	¥13,141-	

領収金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考	

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

印

※領収印の無いものは無効とします。　※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

Sample

利用料請求書

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成29年11月 7日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願い申し上げます。

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割

お支払方法	口座振替
振替日	平成30年 1月31日
振替口座	コンダクト銀行　高尾台支店 (普通)******　ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ

下記の金額をご指定の口座から振り替えさせて頂きます。
振替日の前日までにご指定の口座にご入金ください。

消費税額		
¥96-		

ご請求金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ⅰ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ⅰ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

利用料領収書

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

介護　太郎　様

発行日：平成29年11月 7日
請求書番号：2017-01-00001

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330　FAX：076-296-3339

7

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割		
		費用負担者	介護　太郎　様	続柄	本人

居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名	領収年月日
	平成29年11月 7日

消費税額	医療費控除額	
¥96-	¥13,141-	

領収金額　¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ⅰ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ⅰ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

印

※領収印の無いものは無効とします。　※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

Sample

利用料請求書

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　　FAX：076-296-3339

⑧

介護　太郎　様

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願い申し上げます。

お支払方法	口座振替
振替日	平成30年 1月31日
振替口座	コンダクト銀行　高尾台支店 (普通)******　ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ

下記の金額をご指定の口座から振り替えさせて頂きます。
振替日の前日までにご指定の口座にご入金ください。

平成29年12月分　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割

消費税額		
¥96-		

ご請求金額	¥１４，４３７－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

Sample

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考	

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

利用料領収書

平成29年12月分　介護　太郎　様分

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

介護　太郎　様	続柄	本人
居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名		

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　　FAX：076-296-3339

領収金額　¥１４，４３７－

（うち医療費控除の対象額　¥13,141-）
（うち消費税額　¥96-）

領収年月日：
平成30年 1月 8日

印

※領収印の無いものは無効とします。　※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

利用料請求書

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00001

123-4567
石川県金沢市〇〇１－２－３　△△△△ハイツ
１０２

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　　FAX：076-296-3339

9

介護　太郎　様

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願い申し上げます。

お支払方法	口座振替
振替日	平成30年 1月31日
振替口座	コンダクト銀行　高尾台支店 (普通)******　ｶｲｺﾞｼﾞﾛｳ

下記の金額をご指定の口座から振り替えさせて頂きます。
振替日の前日までにご指定の口座にご入金ください。

平成29年12月分　　平成29年12月 1日～平成29年12月31日

利用者氏名	介護　太郎　様	負担割合	1割

消費税額	繰越金額	
¥96-	¥13,131-	

ご請求金額	¥２７，５６８－

項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)	○				8,641円	10.14円／単位
通所介護Ｉ２３			780単位	9		
通所介護入浴介助加算			50単位	9		
通所介護個別機能訓練加算Ｉ			46単位	9		
通所介護サービス提供体制加算Ｉ１			18単位	9		
通所介護処遇改善加算Ｉ			475単位	1		
食費(通所)	○				4,500円	
昼食			500円	9	(　4,500)	
おむつ代(通所)		○	108円	2	216円	
理美容代(通所)		○		1	1,080円	

Sample

保険分	単位数合計	費用総額	うち自己負担
	8,521単位	86,402円	8,641円
保険外分	自己負担	うち課税対象	
	5,796円	1,296円	

備考	

＜利用日＞　平成29年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

利用料領収書

平成29年11月分　　介護　太郎　様分

発行日：平成30年 1月 8日
請求書番号：2017-01-00002

介護　太郎　様	続柄	本人
居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名		

社団法人コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト

921-8155
石川県金沢市高尾台1丁目423番地
TEL：076-296-3330　　FAX：076-296-3339

領収金額　¥１３，１３１－

(うち医療費控除の対象額　¥13,131-)
(うち消費税額　¥0-)

領収年月日：
平成30年 1月 8日

印

※領収印の無いものは無効とします。　※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

領収証

10

領収証ＮＯ	利用者番号	利用者氏名
2017-01-00004	0000000005	秋桜　道子　様

請求期間
平成29年12月 1日 ～ 平成29年12月31日

発行年月日	負担割合	本・家	区　分	併　用
平成30年 1月 8日	3　割	被扶養者	社　保	単　独

提　供　日						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

保険適用負担①	項　目	単　価	数　量	金　額
	基本Ⅰ･週3日まで･看護師	5,550	8	44,400円
	管理療養費（１日目）	7,400	1	7,400円
	管理療養費（２日目以降）	2,980	7	20,860円
	２４時間連絡体制	2,500	1	2,500円
	特別管理加算	2,500	1	2,500円
				円
				円
				円
				円
				円

備　考
保険一部負担金：23,300円

Sample

保険外負担	NO	項　目	単　価	数　量	金　額	税	消費税
					円		
					円		
					円		
					円		
					円		
					円		
					円		
					円		
					円		
					円		

	明細合計	保険自己負担
保険適用分	77,660円	10,000円
保険外分	明細合計	保険外自己負担
	0円	0円
	課税対象額	
	0円	

領収額（税込み）	10,000円
うち医療費控除対象となる金額(①)	10,000円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

社団法人　コンダクト会
介護サービスセンター　コンダクト
石川県金沢市高尾台X-XXX
076-XXX-XXXX

領収年月日

領収印