

家族介護者支援ホームヘルプサービス提供実績票

記入例

家族介護者支援ホームヘルプサービス費 請求書

(宛先) 大田区長

|         |        |
|---------|--------|
| 合計(A+B) | 45,250 |
|---------|--------|

利用者負担 なし

| 月     | 利用者氏名 | 1時間<br>@4,000 | 2時間<br>@6,500 | 8時間<br>@16,000 | 請求金額    |
|-------|-------|---------------|---------------|----------------|---------|
| 10    | 大田 花子 | 1回            |               |                | 4,000円  |
| 10    | 調布 一子 |               | 1回            |                | 6,500   |
| 10    | 羽田 二郎 | 2回            | 1回            |                | 14,500  |
| 合計(A) |       |               |               |                | 25,000円 |

羽田二郎さんが、  
10/1...1時間、10/15...2時間、  
10/31...1時間利用した場合

実績票の合計(A)と  
請求書小計(A)は一致します。

利用者負担 1割

| 月     | 利用者氏名 | 1時間<br>@3,600 | 2時間<br>@5,850 | 8時間<br>@14,400 | 請求金額    |
|-------|-------|---------------|---------------|----------------|---------|
| 10    | 調布 三郎 |               | 1回            | 1回             | 20,250円 |
| 合計(B) |       |               |               |                | 20,250円 |

調布三郎さんが、  
10/21...10時間利用(2時間+8時間の組み合わせ)した場合

実績票の合計(B)と  
請求書小計(B)は一致します。

|      |  |   |   |   |   |   |   |
|------|--|---|---|---|---|---|---|
| 請求金額 |  | 円 | 4 | 5 | 2 | 5 | 0 |
|------|--|---|---|---|---|---|---|

(内訳)

| 利用者負担なし     |    |         | 利用者負担あり     |    |         |
|-------------|----|---------|-------------|----|---------|
| 単価          | 回数 | 金額      | 単価          | 回数 | 金額      |
| @ 4,000     | 3回 | 12,000円 | @ 3,600     | 1回 | 3,600円  |
| @ 6,500     | 2回 | 13,000円 | @ 5,850     | 1回 | 5,850円  |
| @ 8,500     | 1回 | 8,500円  | @ 7,650     | 1回 | 7,650円  |
| @ 10,000    | 1回 | 10,000円 | @ 9,000     | 1回 | 9,000円  |
| @ 11,500    | 1回 | 11,500円 | @ 10,350    | 1回 | 10,350円 |
| @ 13,000    | 1回 | 13,000円 | @ 11,700    | 1回 | 11,700円 |
| @ 14,500    | 1回 | 14,500円 | @ 13,050    | 1回 | 13,050円 |
| @ 16,000    | 1回 | 16,000円 | @ 14,400    | 1回 | 14,400円 |
| 夜間加 @ 1,000 | 1回 | 1,000円  | 夜間加 @ 900   | 1回 | 900円    |
| 夜間加 @ 2,000 | 1回 | 2,000円  | 夜間加 @ 1,800 | 1回 | 1,800円  |
| 小計(A)       |    | 25,000円 | 小計(B)       |    | 20,250円 |

|         |         |
|---------|---------|
| 合計(A+B) | 45,250円 |
|---------|---------|

上記のとおり請求します。

年 月 日

請求印と同じ印を捨て印として押してください。

者代印表

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 事業者番号   | X X X X X X X X X X X X |
| 住所(所在地) | 東京都大田区蒲田五丁目13番14号       |
| 電話番号    | TEL (0000)0000          |
| FAX番号   | FAX (0000)0000          |
| 名称      | 株式会社 蒲田サービス             |
| 代表者職・氏名 | 代表取締役 大森 太郎             |

者代印表

請求印は代表者印です。

標記金額及び請求事業者代表者名は訂正不可。

※右上部

|       |                                  |
|-------|----------------------------------|
| 事業者番号 | XXXXXXXXXX                       |
| 事業者名称 | 東京都大田区蒲田五丁目13番14号<br>株式会社 蒲田サービス |
| 代表者氏名 | 代表取締役 大森 太郎                      |

地域福祉担当者 同様に表記してください。