

キ リ ト リ セ ン

料金後納
郵便

サンプル

令和元年10月～令和2年3月
介護保険等 ご利用内容のお知らせ

この通知は、あなたをご利用になった介護保険等サービスの内容をお知らせするものです。
ご利用状況の確認にご活用ください。
※手続きは不要です。

〈お問合せ先〉
豊田市役所 介護保険課 給付担当
電話(0565)34-6634
FAX(0565)34-6034
開庁時間 8:30～17:15 (土日祝、年末年始を除く)
〒471-8501 豊田市西町3丁目60番地
kaigohoken@city.toyota.aichi.jp

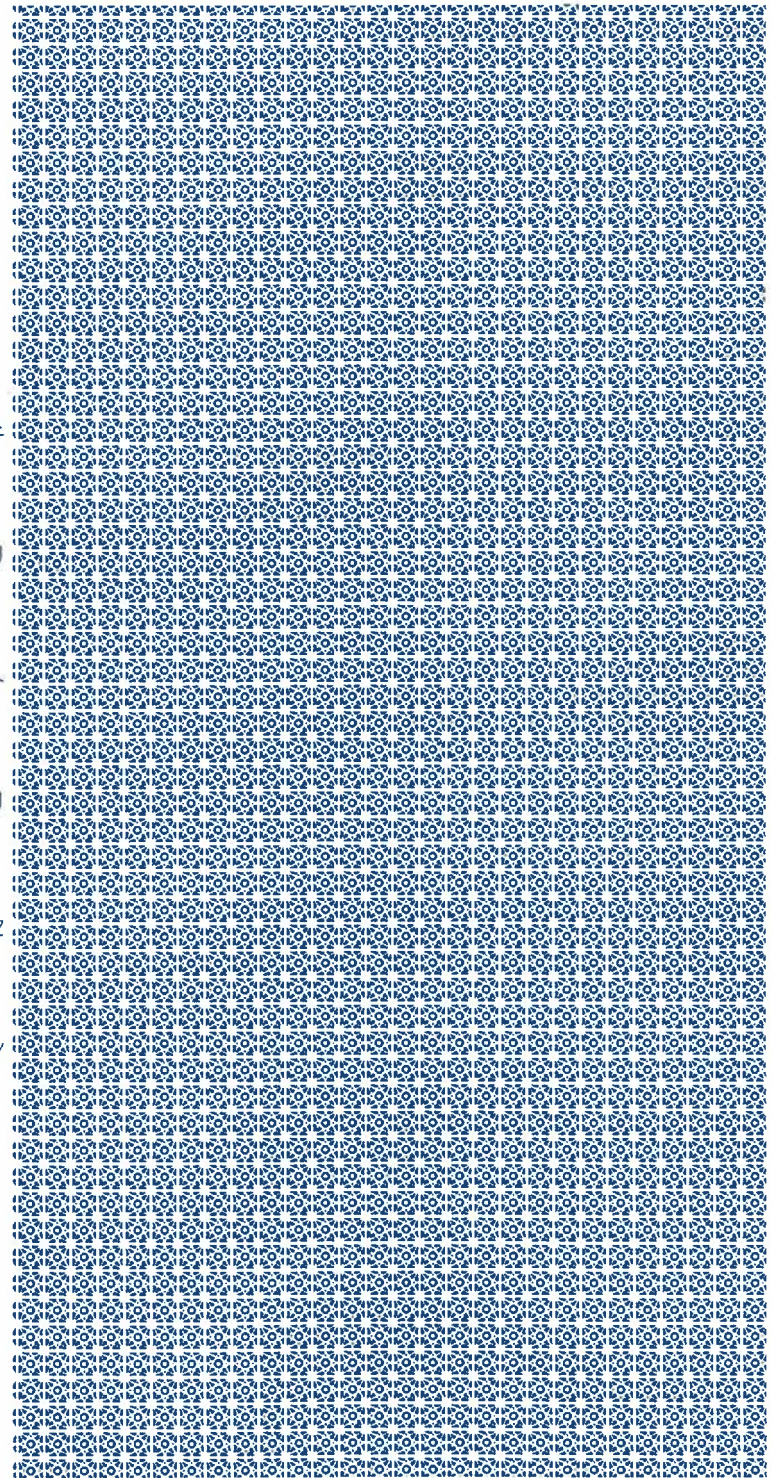
介護保険等 ご利用内容のお知らせ

この通知は 現在で作成しております。

被保険者番号	0012345XXX
氏 名	●● ●●

事業所名	サービス種類	上段：給付額(円) 下段：利用者負担額(円)					
		元年10月	元年11月	元年12月	2年1月	2年2月	2年3月
●●ヘルパーステーション	訪問介護	22,007 2,446	22,007 2,446	本来の 令和2年 1月分	本来の 令和元年 12月分	22,007 2,446	22,007 2,446
▲▲▲薬局	居宅療養管理指導	6,210 690	6,300 690	700	690	6,120 680	6,210 690
◆◆ケアプランセンター	サービス計画費	15,171 0	15,171 0	15,171 0	15,171 0	15,171 0	15,171 0

この額が令和元年11月欄に誤って記載された



お知らせの見方

領収書等と見比べて、
利用サービスを確認してください。

例)

事業所名	サービス種類	〇〇年△月	…利用月
〇〇ヘルパー ステーション	訪問介護	274,455	…A
		30,495	…B

A：豊田市から事業所へ支払った額
B：あなたが事業所へ支払った額

- ・給付額は介護サービス費用の9割、8割又は7割、利用者負担は1割、2割又は3割に相当する額となります。ただし、介護保険料を納付されていない方は、利用者負担が引き上げられる場合があります。
- ・介護予防・日常生活支援総合事業対象者については、給付額は介護サービス費用の9割、8割又は7割、利用者負担は1割、2割又は3割に相当する額となります。
- ・利用者負担について公費負担（生活保護など）により軽減される方は、軽減後の利用者負担額が記載されています。

〈記載内容については、次の点にご注意ください。〉

- ・このお知らせは事業所からの請求に基づき、すでに支払いが行われた給付費について作成したものです。
- ・住宅改修や福祉用具購入などの償還払いのサービスは記載していません。
- ・介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業対象外の費用は含まれません。
（居宅サービス等の支給限度額超過分、食費、居住費、日常生活費として事業所へ支払った額など）
- ・該当期間にサービスを利用されていても、事業所からの請求が遅れている場合は記載されていません。
- ・サービス計画費、介護予防ケアマネジメント費は自己負担額はありませぬ。このサービスは、サービス計画を立てるなどのケアマネジャー業務に対する介護報酬です。

この通知は、領収書や請求書ではありません。
また、確定申告の医療費控除の添付資料としても使用できません。

内容についてご不明な点がございましたら、
介護保険課までお問い合わせください。