（様式第１２号の３）

認定番号	

介護人　　殿

申請者	住 所			
	氏 名		受給資格者との続柄	

短期入院･入所に係るヘルパー等費用領収証明願　別枠

独立行政法人自動車事故対策機構の介護料支給を請求するため、

利用者氏名	

に係る下記負担金額について領収したことを証明願います。

記

利用期間： 令和　年　月　日～ 令和　年　月　日	利用期間： 令和　年　月　日～ 令和　年　月　日	利用期間： 令和　年　月　日～ 令和　年　月　日
（自己負担額） 円	（自己負担額） 円	（自己負担額） 円
〔　介護保険法に基づく介護給付又は予防給付の利用の有無　〕		
有　・　無	有　・　無	有　・　無
〔　障害者総合支援法に基づく自立支援給付の利用の有無　〕		
有　・　無	有　・　無	有　・　無
（有の場合の自己負担額） 円	（有の場合の自己負担額） 円	（有の場合の自己負担額） 円
介護等を実施した場所 （住　　所）	（　　）	

上記のとおり領収したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

ヘルパー等の住所（所在地）

氏名（名称及び代表者名）　　印　電話　　（　　）

職業　　ホームヘルパー・家政婦・看護師　（　　）

利用者との親族関係　無・有（利用者の　　）　利用者との同居　無・有

個人事業の開業届出　無・有　※介護人が個人事業者の場合のみ記入してください。

（注１）サービス提供事業者の証明印は社印を押印してください。ただし、上記内容が確認できる社印を押印したサービス提供事業者の様式による領収書が添付されている場合は、押印を省略できます。

（注２）ヘルパー等の職業欄、利用者との親族関係の欄及び利用者との同居欄は、該当事項を○で囲み、必要事項を記入して下さい。

（注３）介護保険法に基づく介護給付若しくは予防給付又は障害者総合支援法に基づく自立支援給付の利用の有無が不明な場合には、サービス提供事業者にご確認ください。

（注４）入院・入所期間が確認できる病院又は施設の様式による領収書を添付してください。ただし、様式第１２号の２の提出により当該期間が確認できる場合は、添付を省略できます。

（注５）サービス内容の事実確認をさせていただく場合がありますので、ご協力をお願いします。

（日本産業規格Ａ列４番）