**〔受領委任払いの場合〕**

**領収証**　　　　　　　　　　　　　　　　令和**6**年**10**月**13**日

　　　　　　宗像　花子　様

**￥65,000（税込）**

但し

介護保険住宅改修費自己負担額￥20,000

　　　超過自己負担額￥15,000

対象外工事費　￥30,000　含む

　　　　　　〒811-3701

　　　　　　　　　　　　宗像市大島1番地1

　　　　　　　　　　　　ムナカタカイゴ建設

　　　　　　　　　　　　Tel　0940-36-5186

収入

印紙

* 介護保険対象改修費用が２０万円を超えた場合や、対象外工事を含む場合は、**内訳を記入**してください。
* **領収書のコピー**を添付してください。
* **宛名が家族の場合**は、但し書きに「（被保険者氏名）様の住宅改修費自己負担分として」と記載してください。

**〔償還払いの場合〕**

**領収証**　　　　　　　　　　　　　　　　令和**6**年**10**月 **13** 日

　　　　　　宗像　花子　様

**￥245,000（税込）**

但し

介護保険住宅改修費￥215,000

対象外工事費 ￥30,000　含む

　　　　　　〒811-3701

　　　　　　　　　　　　宗像市大島1番地1

　　　　　　　　　　　　ムナカタカイゴ建設

　　　　　　　　　　　　Tel　0940-36-5186

収入

印紙

* 対象外工事を含む場合は、**内訳を記入**してください。
* **領収書の原本**を添付してください（**確認後、受付印を押して返却します**）。