

志木市介護保険移送サービス実績報告書（償還払い） 記入例

本様式は、①支払方法：償還払い ②作成者：タクシー事業者 です。

第29号様式（第26条関係）

志木市介護保険移送サービス実績報告書（償還払い）

令和6年4月1日

志木市長 様

事前登録した情報をご記入ください。

事業者名 **株式会社志木〇〇タクシー**
住所 **志木市中宗岡1-1-1**
電話 **048-473-1111**
指定登録番号 **★★★**

志木市移送サービスの対象はこの三点のみです。
一つ選択してください。

志木市介護保険移送サービスについて、次のとおり実績報告するとともに、移送サービス費の支給を申請します。

1 利用者

介護保険被保険者番号	1234567
氏名	埼玉 太郎
住所	志木市中宗岡〇-〇-〇
電話番号	048-000-0000

自宅と病院名をご記入ください。

利用区間には制限がありますので、詳しくは「移送サービス費の手引き」をご確認ください。

2 利用実績

実績①

利用年月日	利用区間	利用距離
令和6年4月1日	自宅 → 〇〇病院	2.0 km
<input type="checkbox"/> 通院（行き） <input checked="" type="checkbox"/> 通院（帰り） <input type="checkbox"/> 退院		
タクシー代内訳	<input checked="" type="checkbox"/>	（自己負担割合 <input type="checkbox"/> 1割）

【タクシー代内訳】

A. 総額

→本利用にかかったタクシー料金の総額

B. 介助料等

→総額のうち、介助等の加算が含まれる場合に加算額を記載してください。支給額計算に含みません。

C. 運賃等

→総額のうち、B以外の「運賃・機器使用料」等支給額計算の対象です。
運賃等の一回の上限は7,500円です。

D. 利用者負担（C. 運賃等 × 自己負担割合 1～3割）

で算出してください。

E. 支給申請額（C. 運賃等 - D. 利用者負担）

A. 総額 (B+C)	B. 介助料等 ※支給対象外	C. 運賃等 (D+E) ※上限7500円	D. 利用者負担 (C×自己負担割合)	E. 支給申請額 (C-D)
10,000円	5,000円	5,000円	500円	4,500円

実績②

利用年月日	利用区間	利用距離
令和6年4月1日	自宅 → 〇〇クリニック	5.8 km
<input type="checkbox"/> 通院（行き） <input type="checkbox"/> 通院（帰り） <input checked="" type="checkbox"/> 退院		
タクシー代内訳	<input checked="" type="checkbox"/>	（自己負担割合 <input checked="" type="checkbox"/> 1割）

A. 総額 (B+C)	B. 介助料等 ※支給対象外	C. 運賃等 (D+E) ※上限7500円	D. 利用者負担 (C×自己負担割合)	E. 支給申請額 (C-D)
15,000円	6,000円	7,500円	750円	6,750円

【運賃等が上限の7500円を超えたときは？】

(A. 総額) - (B. 介助料等) = 9,000円ですが、7,500円と記載してください。

(支給計算の対象となる運賃等の上限は7,500円のため)

上限超過分は市から支給せず全て利用者の負担ですので、D. 利用者負担に記載する金額は実際の領収金額より少なくなります。

【志木市共生社会推進課「福祉タクシー利用券」を利用する場合】

(A. 総額) - (B. 介助料等) - (福祉タクシー利用券の金額) = (C. 運賃等) です。

志木市介護保険移送サービス費支給申請書（償還払い）

本様式は、①支払方法：償還払い ②作成者：利用者 です。

第30号様式（第26条関係）

志木市介護保険移送サービス費支給申請書（償還払い）

令和6年4月1日

志木市長様

申請者のご利用者様本人です。

申請者 埼玉 太郎

志木市介護保険移送サービス費について、次のとおり支給を申請します。

1 利用者

介護保険被保険者番号	1234567	自己負担割合	1割
氏名	埼玉 太郎		
住所	志木市中宗岡0-0-0		
電話番号	048-000-0000		

2 利用実績

実績① 移送サービス提供事業者名（株式会社 志木〇〇タクシー）

利用年月日	利用区間	支給申請額	付添い人の有無	利用形態
令和6年4月1日	<input type="checkbox"/> 通院（行き） <input checked="" type="checkbox"/> 通院（帰り） <input type="checkbox"/> 退院 自宅 → 〇〇病院	4500円	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝台車

実績② 移送サービス提供事業者名（株式会社 志木〇〇タクシー）

利用年月日	利用区間	支給申請額	付添い人の有無	利用形態
令和6年4月1日	<input type="checkbox"/> 通院（行き） <input checked="" type="checkbox"/> 通院（帰り） <input type="checkbox"/> 退院 自宅 → 〇〇クリニック	6750円	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝台車

3 振込先口座

金融機関	〇〇〇	銀行・信用金庫・農協	志木	本店	支店	出張所			
預金種目	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	サイタマ タロウ								
口座名義人	埼玉 太郎								

志木市移送サービスの対象はこの三点のみです。
一つ選択してください。

自宅と病院名をご記入ください。
利用区間には制限がありますので、詳しくは「移送サービス費の支給について」をご確認ください。

【支給申請額】
別にタクシー事業者が作成する「志木市介護保険移送サービス実績報告書（償還払い）」を確認しご記入ください。

【付添いの有無、利用形態】
それぞれ一つずつチェックしてください。

- ①金融機関名・支店名
- ②預金種目
- ③口座番号
- ④口座名義人（フリガナ）

※振込口座はご本人の口座をご指定ください。