

志木市介護保険移送サービス実績報告書兼支給申請書（受領委任払い）記入例

志木市介護保険移送サービス実績報告書兼支給申請書（受領委任払い）

令和7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OO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○-○-○
電話番号	048-000-0000

自家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7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	自家 → OO病院	2.0 km	
付き添い人の有無	利用形態			
<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 寝台車		
タクシー代内訳	(自己負担割合)			
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

【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)

本金額を市から支給いたします。

実績②

利用年月日	利用区間		利用距離	
令和7年 4月 1日	<input type="checkbox"/> 通院(行き) <input type="checkbox"/> 通院(帰り) <input checked="" type="checkbox"/> 退院	自家 → OOクリニック	5.8 km	
付き添い人の有無	利用形態			
<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 車いす	<input checked="" type="checkbox"/> 寝台車		
タクシー代内訳	(自己負担割合)			
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。