

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8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 令和8年4月1日
利用区間 自宅 → 〇〇病院
利用距離 2.0 km
タクシー代内訳 <input checked="" type="checkbox"/> (自己負担割合 <input type="checkbox"/> 1割)
A. 総額 (B+C) 10,000円
B. 介助料等 ※支給対象外 5,000円
C. 運賃等 (D+E) ※上限7500円 5,000円
D. 利用者負担 (C×自己負担割合) 500円
E. 支給申請額 (C-D) 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。支給額計算に含まれません。

実績②
利用年月日 令和8年4月1日
利用区間 自宅 → 〇〇クリニック
利用距離 5.8 km
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) 15,000円
B. 介助料等 ※支給対象外 6,000円
C. 運賃等 (D+E) ※上限7500円 7,500円
D. 利用者負担 (C×自己負担割合) 750円
E. 支給申請額 (C-D) 6,750円

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)

【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。