

介護保険 認定調査委託料請求書

年 月 日

都留市長 様

年 月分（ 年 月 日～ 年 月 日）の
認定調査委託料を下記のとおり請求します。

なお、請求明細は裏面認定調査対象者名簿のとおりです。

請求金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

請求者	名称	印
	代表者	
	所在地	

【振込口座】

金融機関名			本・支店名			預金種別	口座番号			
	銀行			本店						
金融機関コード	信用金庫		本・支店コード	支店						
	信用組合			出張所						

口座名義人	住所	
	フリガナ	
	氏名	

認定調査対象者名簿

【入院・入所分】

事業所名

No.	被保険者 番 号	調査対象者 氏 名	調査対象者 住 所	調 査 員 氏 名	調 査 日	提 出 日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

【委託料 1件当たり単価】入院・入所調査分 2,200円（別途消費税[※]）

※消費税率については、認定調査日における税率によるものとする。