

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	
	代表者	印
	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	支店	出張所	普通	当座
金融機関コード			本・支店コード				1. 普通	2. 当座

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 2,750円（税込）