

介護保険 要介護（要支援）認定調査委託料請求書

一金 円也 (税込み)

種類	単価（税込み）	件数	請求額
在宅（市町村内）	2, 7 5 0		
在宅（市町村外）	3, 3 0 0		
施 設	2, 2 0 0		
合 計			

小計	8%対象	円
	10%対象	円
消費税	8%対象	円
	10%対象	円
合計		円

調査対象者別紙一覧のとおり

介護保険要介護（要支援）認定調査料委託料として上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

住所

事業者名

代表者名

登録番号

印

琴 浦 町 長 様

上記金額を下記口座へ振り込んでください。

金融機関名				支店名							
預 金 種 別	1	普通		口 座 番 号							
	2	当座									
	9	その他									
口座名義（漢字 30 字以内）											
口座名義（カナ 30 字以内）											

調査対象者一覧表

番号	被保険者番号	被保険者氏名	調 査 員	調査実施日	備考 (調査場所等)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					