

介護保険 要介護（要支援）認定調査委託料請求書

一金 円也

内訳	在宅（市町村内）	1 件	2, 7 5 0 円×	件＝	円（消費税込）
	在宅（市町村外）	1 件	3, 3 0 0 円×	件＝	円（消費税込）
	施設	1 件	2, 2 0 0 円×	件＝	円（消費税込）

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。

年 月 日

住 所

事業者名

代表者名 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					