

介護保険 認定調査委託料請求書

下記のとおり請求します。

年 月 日

松前町長 石 山 英 雄 様

年 月分

調 査 対 象 被 保 険 者	被保険者 番 号				支 援 事 業 者 又 は 施 設	名 称			
	(フリガナ) 氏 名					代表者 職氏名	印		
	生年月日		性 別			所在地			

調査依頼日		依 頼 番 号		保 険 者 確 認	*
調 査 日	年 月 日	調査票送付日	年 月 日		

*印の欄は記入しないでください。

委託料	種別	1. 在宅 2. 施設	1. 新規 2. 継続	金 額	円
-----	----	-------------	-------------	-----	---

請 求 金 額	委託料	円
	消費税	円
	合 計	円

委託料の支払いは、次の金融機関へお願いします。

区分	新規	継続
在宅	5,000 円	4,000 円
施設	3,000 円	2,000 円

振 込 先	金融機関名	銀 行 店		
		信用金庫		
	預金種目	1.普通 2.当座	口座 番号	
	口座名義			