

介護保険認定調査業務委託料請求書

平成 年 月 日

遠軽町長 様

請求者	所在地	〒 -	振込先金融機関	名称	銀行・金庫					
	支店	本店		支店・支所						
	種別	当座・普通								
	フリガナ									
代表者名	印			口座名義						

請求金額 金 円也 (平成 年 月分認定調査業務委託料として)

請求内訳 (区分の詳細は委託業務処理要領を参照)

区分	件数	単価	小計	消費税 (8 %)	計
施設	件	2,500 円	円	円	円
在宅Ⅰ	件	4,000 円	円	円	円
在宅Ⅱ	件	5,000 円	円	円	円

認定調査実施被保険者 (請求区分は○を記入) ※5名を超える場合は別紙で作成してください。

No.	被保険者番号	氏名	請求区分		
			施設	在宅Ⅰ	在宅Ⅱ
1					
2					
3					
4					
5					
計					

認定調査実施被保険者一覧

請求者名： (年 月 日請求分)

No.	被保険者番号	氏 名	請求区分		
			施設	在宅Ⅰ	在宅Ⅱ
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					
小 計					
合 計					