

# 介護保険認定調査業務委託料請求書

令和 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					
	名称	代表者名		印	支店	本店	支店・支所			
					種別	当座・普通				
	フリガナ									
口座名義										

請求金額 金 円也 (令和 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 (10%)	計
施設 施設等入所中の調査対象者を、同施設等(運営が同一の併設・隣接する事業所等を含む)の調査員が調査した場合	件	2,500 円	円	円	円
在宅 I 施設を除き、調査対象者の居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼されている事業所等の調査員が調査した場合	件	4,000 円	円	円	円
在宅 II 施設を除き、調査対象者の居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼されていない事業所等の調査員が調査した場合	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					