

要介護認定調査委託料請求書

令和 年 月 日

中泊町長 殿

住所

名称

代表者名

印

電話番号

令和 年 月 分の介護保険認定調査委託料として下記の金額を請求します。

内訳は『要介護認定調査業務委託実施状況報告書』のとおりです。

請求金額 金 円

内訳

	単価（税込）	調査件数	計
在宅調査分	2, 7 5 0 円	件	円
施設調査分	2, 2 0 0 円	件	円
合計		件	円

- ・在宅調査分とは、調査員が調査対象者の居宅若しくは当該調査員が所属しない施設を訪問して調査した場合とする。
- ・施設調査分とは入所中の調査対象者を当該施設の調査員が調査した場合とする。

振込先口座

銀行名	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店					
口座番号	普 通 ・ 当 座							
フリガナ								
名義人								

要介護認定調査業務委託実施状況報告書
(月分)

事業所・施設名

該当する調査場所に○を付けて下さい。

No	申請年月日	被保険者番号	氏 名	調査日	調査場所	
1	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
2	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
3	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
4	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
5	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
6	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
7	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
8	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
9	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
10	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
11	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
12	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
13	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
14	年 月 日			年 月 日	居宅	施設
15	年 月 日			年 月 日	居宅	施設

上記のとおり実施状況を報告します。