

要介護認定調査請求書

金 _____ 円

(内訳 単価 3,000円× _____ 件×1.10= _____ 円)

(内訳 単価 4,000円× _____ 件×1.10= _____ 円)

ただし、 _____ 年 _____ 月分要介護認定調査委託料(要介護認定調査報告書に標記の内容)

上記のとおり支払いされたく請求します。

年 月 日

猪名川町長 様

施設名

住 所

代表者氏名

印

委託料の振込先を下記に記入してください。

振 込 先 口 座	銀 行	本 店	預金種類		口 座 番 号					
	信用金庫	支 店	1 普 通							
	信用組合	出張所	2 当 座							
	金融機関コード	支店コード	3 別 段							
			4 その他							
	フリガナ									
	口 座 名 義 人									

要介護認定調査報告書

事業所名 _____

年 月分の要介護認定調査受託業務の実施状況を下記のとおり報告します。

No. _____

No.	対象者氏名	被保険者番号	実施日	在宅・施設別	請求額(税抜)
1			日	在宅・施設	円
2			日	在宅・施設	円
3			日	在宅・施設	円
4			日	在宅・施設	円
5			日	在宅・施設	円
6			日	在宅・施設	円
7			日	在宅・施設	円
8			日	在宅・施設	円
9			日	在宅・施設	円
10			日	在宅・施設	円
11			日	在宅・施設	円
12			日	在宅・施設	円
13			日	在宅・施設	円
14			日	在宅・施設	円
15			日	在宅・施設	円
16			日	在宅・施設	円
17			日	在宅・施設	円
18			日	在宅・施設	円
19			日	在宅・施設	円
20			日	在宅・施設	円