

介護保険認定調査委託料請求書

請求日	令和      年      月      日
-----	-------------------------

沼 田 市 長 様

住 所 〒

名 称

代表者名

電話番号

印

振込先 (金融機関名) 支店名	
種 別	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義 (カタカナで記入してください)	

下記のとおり、      月分介護保険認定調査委託料を請求します。

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

調査年月日	被保険者氏名	生年月日	区 分	金 額
年 月 日		年 月 日	施設・在宅	円
年 月 日		年 月 日	施設・在宅	円
年 月 日		年 月 日	施設・在宅	円
年 月 日		年 月 日	施設・在宅	円
年 月 日		年 月 日	施設・在宅	円
年 月 日		年 月 日	施設・在宅	円
年 月 日		年 月 日	施設・在宅	円
年 月 日		年 月 日	施設・在宅	円
年 月 日		年 月 日	施設・在宅	円

＊区分について、該当するものに○印をしてください。

《金額》施設・・・３，３００円

在宅・・・４，４００円

但し施設入所者であっても、車又は交通機関を利用し認定調査に出かけなければならない場合の委託料は、在宅扱いとなります。