

# 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ぬ場合の委託料は、在宅扱いとなります。