

要介護認定調査委託料請求書 (月分)

越谷市長 宛

窓口：請求書の提出日
郵送：請求書の発送日

〇〇年 〇月 〇日

請求者の住所、法人名（事業所名）、代表者名、電話番号

（完了報告兼確認書と同様の住所、法人名（事業所名）、代表者名を記入してください。）

住 所 343-〇〇〇〇
越谷市越ヶ谷〇丁目〇番〇号

法 人 名 〇〇法人〇〇会
（ 団 体 名 ）

代 表 者 名 理事長 〇〇 〇〇
（職名、氏名）

委任払いの場合、
押印が必要です

電 話 番 号 048-〇〇〇-〇〇〇〇

年 月分の調査委託料を次のとおり請求します。

請求金額 4,400 円

金額は訂正不可
※訂正の場合は
介護保険課に
ご連絡ください。

1. 請求内訳 居宅介護支援事業所〇〇〇

内 訳	単 価	件 数	計
在 宅	別紙のとおり	1 件	4,000 円
介護保険施設	別紙のとおり	0 件	0 円
小 計		1 件	4,000 円
消費税（外税）10%対象			400 円
請求合計金額		1 件	4,400 円

2. 請求明細 別紙のとおり

3. 振込先 この請求の代金の受領については、下記（の者）に指定（委任）します。

銀行名	
支店名	
預金種目	
口座番号	
口座名義（加）	

振込先の銀行名、支店名、
預金種目、口座番号、
口座名義（加）を確認

（委任払い）※ 請求者以外の方が受領する場合は、記入してください。

受 任 者	住所	
	氏名（名称）	
	職名・代表者	

請求者以外の方が受領する
場合、受任者の住所、
氏名（名称）、職名・代表者

サービス事業者名

居宅介護支援事業所〇〇〇

年 月分

1 / 1頁

No	被保険者番号	在宅 介護保険施設別	調査実施日	単価	消費税 (外税)
	被保険者氏名				
1	1234567890 越谷 〇〇	在宅	年 月 日	¥4,000	¥400
2			年 月 日		
3			年 月 日		
4			年 月 日		
5			年 月 日		
6			年 月 日		
7			年 月 日		
8			年 月 日		
9			年 月 日		
10			年 月 日		
11			年 月 日		
12			年 月 日		
13			年 月 日		
14			年 月 日		
15			年 月 日		
			合計	¥4,000	¥400

請求書の別紙となりますので、
本様式も併せてご提出ください。