

# 要介護認定調査委託料請求書（10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

年 月 日

請求者の住所、法人名  
または事業所名、代表者名、  
電話番号  
(完了報告兼確認書と同様の  
住所、法人名または事業所名、  
代表者名を記入してください)

住 所

法 人 名  
( 団 体 名 )

代 表 者 名  
( 職 名、氏 名 )

電 話 番 号

完了報告兼確認書  
と同じ印

印

令和 元年 10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)			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 (か)	

振込先の銀行名、支店名、  
預金種目、口座番号、  
口座名義 (か) 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

令和 元年 10 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 太郎	在宅	令和元年10月 1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。