

介護保険訪問調査委託請求書

年 月 日

矢吹町長 様

〒
住 所
居宅支援事業所名

代 表 者 名
電 話 番 号

金 円也

上記のとおり、介護保険訪問調査委託料を請求いたします。

【内訳】

被保険者番号	被保険者名	調査日	金 額	調査員氏名	備 考
消 費 税					
合 計					

【振込先】

金融機関(支店)名	口座番号	名 義
	当・普	

	在宅	施設	(税込金額)
1件当たり	3,300円	2,750円	

※「在宅」にはサービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームを含む
※「施設」には介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院を含む