

# 請 求 書

令和 年 月 日

稲 城 市 長 殿

住所

受託事業所名称

代表者氏名

印

一金 円也

ただし、稲城市要介護認定調査委託契約に基づく委託料として、上記金額を請求します。

…内訳…

	件数	認定調査委託単価	税込み		
在宅		件×4,200円 ×110/100 =		円	※1件あたり 4,620円
施設		件×2,300円 ×110/100 =		円	※1件あたり 2,530円

上記に係わる支払金は、下記預金口座にお振込ください。

振込先	銀行名	支店名	預金種目	口座番号			
				1 普通			
			2 当座				
名義人	フリガナ						
	預金氏名						

## 要介護認定調査作成明細書

該当区分に○

1	被保険者番号	調査日	訪問先	該当区分
1	氏名	/	訪問先	在・施
2	被保険者番号	調査日	訪問先	在・施
2	氏名	/	訪問先	在・施
3	被保険者番号	調査日	訪問先	在・施
3	氏名	/	訪問先	在・施
4	被保険者番号	調査日	訪問先	在・施
4	氏名	/	訪問先	在・施
5	被保険者番号	調査日	訪問先	在・施
5	氏名	/	訪問先	在・施

在=在宅、施=施設、施設は調査員の所属する法人と同一法人施設の入所者の場合に該当します。  
稲城市では、原則、在宅区分として運用しています。

# 請求書

稲城市長殿

令和 年 月 日

住所

日付は記入しないでください。

金額は訂正できません。書き損じた場合は、再度請求書を作成してください。

受託事業所名称

代表者氏名

事業所名称、代表職名または代表者名と同一の印を押印してください。

印

一金 4,620 円也

ただし、稲城市要介護認定調査委託契約に基づく委託料として、上記金額を請求します。

…内訳…

	件数	認定調査委託単価	税込み		
在宅	1	件×4,200円 ×110/100 =	4,620	円	※1件あたり 4,620円
施設		件×2,300円 ×110/100 =		円	※1件あたり 2,530円

上記に係わる支払金は、下記預金口座にお振込ください。

振込先	銀行名	支店名	預金種目	口座番号						
	□□ 銀行	△△ 支店	1 普通 2 当座	1 2 3 4 5 6 7						
名義人	フリガナ	イナギシヤクシヨ								
	預金氏名	稲城市役所								

## 要介護認定調査作成明細書

該当区分に○

1	被保険者番号	氏名	調査日	訪問先		
1	0000123456	稲城 太郎	10/5	有料老人ホーム××	在	施
2			調査	訪問先	在	施
3					在	施
4			査日	訪問先	在	施
5			調査日	訪問先	在	施

在=在宅、施=施設、施設は調査員の所属する法人と同一法人施設の入所者の場合に該当します。稲城市では、原則、在宅区分として運用しています。

在=在宅、施=施設、施設は調査員の所属する法人と同一法人施設の入所者の場合に該当します。稲城市では、原則、在宅区分として運用しています。