介護保険　認定調査委託料請求書

|  |  |
| --- | --- |
| **発　行　日** | **令和　　年　　月　　日** |
| **請求書番号** | **No.** |

|  |
| --- |
| **債権者****郵便番号****住所****氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印****電話番号** |
| **振　替　先****金融機関名** | **銀行　　　　　　　店** |
| **預金種別** | **１　普通　　　　２　当座** |
| **口座番号** |  |  |  |  |  |  |  |
| **口座名義** |  |

|  |
| --- |
| **請　求　金　額** |
| **円** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **件　　　名** | **件　数** | **単　価** | **金　　　額** |
| 認定調査委託料（　月分） | 件 | 3,300円 | 円 |
|  | 件 |  | 円 |
|  | 件 |  | 円 |
| **合　　　　計** | 件 |  | 円 |

小 国 町 長　殿

* **認定調査委託料は、在宅・施設ともに３，３００円とする。**

**介護認定調査業務報告書（　　　月分）**

**事業所名**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **調査対象者名** | **調査実施日** | **調査票提出日** | **備　　　考** |
| **１** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** |  |
| **２** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **３** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **４** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **５** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **６** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **７** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **８** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **９** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１０** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１１** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１２** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１３** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１４** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１５** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１６** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１７** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１８** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **１９** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **２０** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |
| **２１** |  | **年　　月****日** | **年　　月****日** | **年　　月　　日** |

**※　調査対象者欄は、当該月に調査が終了し調査票を提出したもののみ記入してください。**