

# 介護保険 訪問調査委託料請求書

美幌町長 様  
(保健福祉課高齢介護グループ)

令和	年	月分
保険者番号	015438	

事業所名称	事業所番号		
	事業所名称	印	
	所在地	〒           —	
	振込先	電話番号	
		FAX番号	
金融機関名			
		口座番号	
		口座名義 (事業所名称と異なる場合)	

	被保険者証番号	種別	委託料	消費税	合計
1	(フリガナ)	1 在宅	円	円	円
	氏名	2 施設			
2	(フリガナ)	1 新規			
	氏名	2 継続			
3	(フリガナ)	1 在宅			
	氏名	2 施設			
4	(フリガナ)	1 新規			
	氏名	2 継続			
5	(フリガナ)	1 在宅			
	氏名	2 施設			
6	(フリガナ)	1 新規			
	氏名	2 継続			
	在宅新規	4,000 円 × 名			
	在宅継続	3,000 円 × 名			
	施設新規	2,500 円 × 名			
	施設継続	2,500 円 × 名			
	合計				

事業者各位

「介護保険訪問調査」委託料の請求について

このことについて、次の下記によりご請求をお願いいたします。

記

1. 委託料

	在宅	施設
新規申請者	4,000円	2,500円
継続申請者	3,000円	2,500円

※継続申請者とは、同一事業所で2回目以降の調査対象者をいう。

※消費税は、外税扱い。

2. 請求方法

当該月分（月末締め）を翌月5日まで別紙によりご請求してください。

月末に指定口座へお支払いします。

3. 問い合わせ先及び返送先

〒092-8650

網走郡美幌町字東2条北2丁目25番地

美幌町福祉部保健福祉課高齢介護グループ

TEL 0152-77-6542