

介護認定調査委託料請求書

令和 年 月 日

西条市長 高橋 敏明 様

所 在 地

事 業 者 名

(事業所名)

代表者職氏名

発 行 責 任 者 氏 名

担 当 者 氏 名

担当者連絡先電話番号

※代表者、発行責任者及び担当者が同一の場合は電話番号のみご記入ください。

※発行責任者と担当者が同一の場合は、担当者氏名に「同上」とご記入ください。

令和 年 月分 介護認定調査委託料を下記のとおり請求します。

請求金額 金 円也

内訳（請求明細は別紙）

単 価 (消費税含む)	件 数
円	件

振込先金融機関

金融機関名	☐ 銀行 ☐ 本店 ☐ 信用金庫 ☐ 支店 ☐ 農協 ☐ 支所		
種 別	☐ 普通 ☐ 当座	☐ 座名義人の フリガナ	
口座番号		☐ 座名義人	

※初回、2回目以降にかかわらず、必ずご記入ください。