

要介護認定調査実施報告書兼委託料請求書

令和 年 月 日

大里広域市町村圏組合管理者 様

事業者番号

事業所住所

事業者名

代表者名

電話番号

印

令和 年 月分の調査について、下記により実施報告及び委託料を請求します。

記

| | | |
|-----|---|---|
| 在宅 | 件 | 円 |
| 施設※ | 件 | 円 |
| 合計 | 件 | 円 |

内訳在宅 1 件 4,400 円（税込）施設 1 件 2,750 円（税込）

| NO | 在宅・施設 | 被保険者番号 | 調査対象者氏名 | 調査員氏名 | 調査実施年月日 |
|----|-------|--------|---------|-------|---------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |

（※ 8 件以上の場合は別紙続紙を使用してください。）

＜振込先＞

| | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------|-------------------------|---------|--|--|--|--|--|
| 銀行 金庫・組合 農協 | 本店 支店 出張所 | 種 目 | 口 座 番 号 | | | | | |
| 金融機関コード | 支店コード | 1 普 通 2 当 座 3 その他 | | | | | | |
| フリガナ 口座名義人 | | | | | | | | |

※振込先が前回と変更ない場合は、記入は不要です。実施月の翌月5日までにご請求ください。

※施設とは介護保険施設(特養・老健・介護医療院)に入所している方を当該入所施設所属の認定調査員が調査する
 場合です。

要介護認定調査実施報告書兼委託料請求書続紙（内訳）

（令和 年 月分） 事業所名 （ ）

| NO | 在宅・施設 | 被保険者番号 | 調査対象者氏名 | 調査員氏名 | 調査実施年月日 |
|----|-------|--------|---------|-------|---------|
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |
| 32 | | | | | |
| 33 | | | | | |

要介護認定調査実施報告書兼委託料請求書続紙（内訳）

(令和 年 月分)

事業所名 (

)

| NO | 在宅・施設 | 被保険者番号 | 調査対象者氏名 | 調査員氏名 | 調査実施年月日 |
|----|-------|--------|---------|-------|---------|
| 34 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 36 | | | | | |
| 37 | | | | | |
| 38 | | | | | |
| 39 | | | | | |
| 40 | | | | | |
| 41 | | | | | |
| 42 | | | | | |
| 43 | | | | | |
| 44 | | | | | |
| 45 | | | | | |
| 46 | | | | | |
| 47 | | | | | |
| 48 | | | | | |
| 49 | | | | | |
| 50 | | | | | |
| 51 | | | | | |
| 52 | | | | | |
| 53 | | | | | |
| 54 | | | | | |
| 55 | | | | | |
| 56 | | | | | |
| 57 | | | | | |
| 58 | | | | | |