

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)

N O	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					
			1 普通	2 当座	3 その他			
金融機関コード	支店コード							
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
3 4					
3 5					
3 6					
3 7					
3 8					
3 9					
4 0					
4 1					
4 2					
4 3					
4 4					
4 5					
4 6					
4 7					
4 8					
4 9					
5 0					
5 1					
5 2					
5 3					
5 4					
5 5					
5 6					
5 7					
5 8					