

介護保険 要介護認定調査実施請求書

(あて先) 高 崎 市 長

金 額		億	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

上記金額の支払いを請求します。

〒()
住 所

フリガナ
法人名

フリガナ
代表者名

代表者
⑩

電話番号

振 込 み 先	
金融機関名	
支 店 名	支店
種 別	普通(総合)・当 座
口座番号	
口座名義 (カタカナで)	

内 訳

請求日 令和 年 月 日

NO	被保険者番号	氏 名	住 所	金 額	調査日
1					・ ・
2					・ ・
3					・ ・
4					・ ・
5					・ ・
6					・ ・
7					・ ・
8					・ ・
9					・ ・
10					・ ・
			合計		

在 宅	4, 400円	施 設	3, 300円
-----	---------	-----	---------

※消費税込みの金額です。

検 収