**介護保険　要介護認定調査実施報告書**

令和　　　 年　 　　月　　 　日

須賀川市長　 様

所在地

名称

代表者　　　　　　　　　　　　　 　　　　　印

　須賀川市から委託を受けた介護保険要介護認定調査について、下記のとおり実施しましたので報告します。併せて別紙のとおり委託料の請求書を送付します。

記

令和　　　年　　月分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 単　価 | 実施件数 | 請求額 |
| 在宅の認定調査　　　　　　　　A |  |  |  |
| 施設の認定調査　　　　　　　　B |  |  |  |
| 介護認定審査会出席　　　　　C |  |  |  |
| 消費税（A+B+C）×10％　　D |  |  |  |
| 合計　　　　　　　　A+B+C+D |  |  |  |

要介護認定調査実施報告書　内訳

（　　　　年　　　月分）

事業所名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査対象者氏名 | 要介護等認定申請日 | 調査実施日 | 調査票提出日 | 在宅・施設の別 | 介護認定審査会出席日（無しのときは記入不要） |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |
|  |  |  |  | 在宅　・　施設 |  |

**介護保険　要介護認定調査委託料請求書**

令和　　　 年　 　　月　　 　日

須賀川市長　 様

所在地

名称

代表者　　　　　　　　　　　　　 　　　　　印

　須賀川市から委託を受けた介護保険要介護認定調査に係る委託料について、下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月分委託料請求額 |  |  |  |  |  |  |  |

（※金額の前に“\”を記入する。）

内 訳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 単　価 | 実施件数 | 請求額 |
| 在宅の認定調査　　　　　　　　A |  |  |  |
| 施設の認定調査　　　　　　　　B |  |  |  |
| 介護認定審査会出席　　　　　C |  |  |  |
| 消費税（A+B+C）×10％ 　D |  |  |  |
| 合計　　　　　　　　A+B+C+D |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | | | 銀行 |  | | 本店 | 預金  種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 金庫 | 支店 |
| 組合 | 出張所 |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 普通 当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |