**調査委託料**

　　年　　月　　日

介護保険請求書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　先 | 湧別町長　　様 |  | 請 求 事 業 所 | 所 在 地 |  |
| 名　　称 |  |
| 代表者名 | 印 |

※ 医療法人等の場合の請求印は、法人等の代表印でお願いします。

**請　求　金　額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円　也**

　　　　　　　　　但し、　　　 年　 月分 介護保険認定調査委託料として請求します。

（請求内訳）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　 　 分 | | | | | | | | | | | 認 定 調 査 業 務 委 託 料 | | | 計 |
| 施　　設 | 在 宅 新 規 | 在 宅 更 新 |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 消　　　費　　　税 | | | | | | | | | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 計 | | | | | | | | | | | 円 | 円 | 円 | 円 |

※委託単価

\* 件数が多い場合は別葉とする。

\* 認定調査業務委託料は左表の金額とする。（但し、消費税別途課税）

\* 施設とは、入所中の調査対象者を当該施設の調査員が調査した場合とする。

\* 在宅とは、調査員が調査対象者の居宅若しくは当該調査員が所属しない施設を訪問して調査した場合とする。

\* 振込先金融機関は、必ず記載してください。

\* 本様式は湧別町専用とする。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施 設 | 在宅・新規 | 在宅・更新 |
| 2,500 円／件 | 5,000 円／件 | 4,000 円／件 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振 込 先  金融機関 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　本店・支店  　 　　　 　　　本所・支所 | | | | | | | | 口座名義（フリガナ） |
| 普通　・　当座 |  |  |  |  |  |  |  |

※請求事業所と口座名義人が異なる場合は、委任状（任意様式）を必ず添付願います。

【 別　紙 】

（請求内訳）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　 　 分 | | | | | | | | | | | 認 定 調 査 業 務 委 託 料 | | | 計 |
| 施　　設 | 在 宅 新 規 | 在 宅 更 新 |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険  者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 消　　　費　　　税 | | | | | | | | | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 計 | | | | | | | | | | | 円 | 円 | 円 | 円 |