

介護保険訪問調査料請求書

令和 年 月 日

(宛先)
戸田市長
(健康長寿課取扱)

調査機関名
代表者職氏名
郵便番号
所在地
電話番号

印

令和 年 月分 作成分				合計(④) (在宅・施設の合計)	消費税(⑤) [④×10%]	請求金額(⑥)[④+⑤]
区分	件数(①)	単価(②)	小計(③)[①×②]			
在宅	件	×4,000円	= 円	円	円	円
施設	件	×2,600円	= 円			

※ 金額の訂正については、無効です。

上記の通りご請求申し上げます。

◎訪問調査明細

	介護保険被保険者番号	氏名	在宅	施設	調査日	備考
1					月 日	
2					月 日	
3					月 日	
4					月 日	
5					月 日	
6					月 日	
7					月 日	
8					月 日	
9					月 日	
10					月 日	
11					月 日	
12					月 日	
13					月 日	
14					月 日	
15					月 日	

○印の合計数を記入してください→

《 諸注意 》

※ 支払いは、「戸田市」に登録済みの法人名又は医療機関用の口座に振り込みいたします。なお、未登録の場合には、別途『口座振込依頼書』を提出していただくか、下記の「振込先」に記入をお願いいたします。

【振込先】(既に口座振込依頼書を提出済みの場合は記入不要です。)

金融機関名		支店名	支店
口座種別	普通預金 ・ 当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ 債権者(受取人)と振込先が異なる場合は、委任状が必要となりますので、担当までご連絡ください。

※ 請求印については、『口座振込依頼書』と同様の印を使用して下さい

健康長寿課介護保険担当 048(441)1800 内線231