請　　求　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

あま市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

電話番号　　　　（　　　）

　　　　　　　請求金額　　金　　　　　　　　　　　円

要介護認定調査委託料(　　　　年　　月分)として上記の金額を請求します。

* 請求内訳（1件　　　　　　円うち、消費税及び地方消費税を含む）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 番号 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 |
| １ |  |  | １６ |  |  |
| ２ |  |  | １７ |  |  |
| ３ |  |  | １８ |  |  |
| ４ |  |  | １９ |  |  |
| ５ |  |  | ２０ |  |  |
| ６ |  |  | ２１ |  |  |
| ７ |  |  | ２２ |  |  |
| ８ |  |  | ２３ |  |  |
| ９ |  |  | ２４ |  |  |
| １０ |  |  | ２５ |  |  |
| １１ |  |  | ２６ |  |  |
| １２ |  |  | ２７ |  |  |
| １３ |  |  | ２８ |  |  |
| １４ |  |  | ２９ |  |  |
| １５ |  |  | ３０ |  |  |

* 支払先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 銀行・信用金庫・農協　　　　　　本・支店 |
| 預金種別 | 普　通　　・　　当　座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 名義人氏名 |  |