介護保険　要介護認定調査委託料請求書

令和　　年　　月　　日

鳴 沢 村 長　　様

[　　年　　月分]（　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 ）

請求金額										円

請求医療機関名	コード	
	名称	印
	所在地	

当介護保険事業者が行った、介護保険要介護認定調査に係る委託料については、次のとおり振り込みをしてください。

振込口座

金融機関名					本・支店名				預金種別	口座番号						
金融機関コード					本・支店コード				1. 普通 2. 当座							

口座名義人	住所	
	フリガナ	
	氏名	