

介護保険要介護認定調査委託料請求書

年 月 日

砺波地方介護保険組合
理事長様

法人名
事業所名
代表者職・氏名
事業所所在地

印

介護保険要介護認定認定調査委託料を 下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 _____ 円

[内訳]

認定調査実施年月	年 月
認定調査実施人数	・ 事業所併設施設 単価 2,300円 × 人 = 円
及び	・ 事業所併設以外施設 単価 3,350円 × 人 = 円
調査委託料内訳	・ 在宅 単価 3,350円 × 人 = 円

認定調査明細書（ 年 月分）

事業所名 _____

No	実施年月日	調査対象者氏名	住 所	申請区分	調査実施 場所	調査員氏名
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		
	月 日			新規・更新・区変		

※ 調査実施場所は、対象者居宅以外の場合に記入ください。