

年 月 日

(あて先) 周南市長

所在地

名 称

代表者職氏名

要介護認定調査委託料請求書

金 円

令和 年 月分の要介護認定調査委託料として、下記の明細により上記金額を支払われるよう請求します。

記

指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、 介護保険施設、若しくは地域包括支援センター名称	件 数	請 求 額 (件数× 3,300円)

添付資料 要介護認定調査実施状況報告書

【口座振込先】

金融機関名		支店名	預金種目	口座番号						
口座 名義	フリガナ									
	漢 字									