**介護保険　要介護認定調査請求書**

金　　　　　　　　　　　円

内訳

（在宅町内）２，５００円×　　件×１．１０＝　　　　　　円

（在宅町外）３，０００円×　　件×１．１０＝　　　　　　円

（施設）２，０００円×　　件×１．１０＝　　　　　　円

被調査者名及び調査日(調査者が多い場合は別紙を添付してください。)

　　　　　　　　　　　　　　　　　：　　　　年　　月　　日調査

　　　　　　　　　　　　　　　　　：　　　　年　　月　　日調査

　介護保険　要介護認定調査手数料として上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

代表者名　　　　　　　　　　　 印

ＴＥＬ

北栄町長　手嶋俊樹　様

上記の金額を、下記の口座へ振り込んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　 本・支店  　　　　　 　　　信金 　　　　　　本・支所  　　　　　　　 　信組　 　　　　　出張所 |
|  |  |
| 口座種別 | 普通・当座・貯蓄・その他 |
| フリガナ |  |
|  |  |