請　　求　　書

北秋田市長　様

請求金額　　　　　　　　　　　　円

年　　月分要介護認定訪問調査委託料として

上記金額を請求いたします。

＜請求内訳＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 調査件数 | 単価（税抜） | 計 |
| 在宅 | 件 | ４，０００円 | 円 |
| 施設 | 件 | ２，５００円 | 円 |
|  | 合　計（10％課税対象） | 円 |
|  | 消費税（10％） | 円 |
|  | 合　計 | 円 |

　　年　　月　　日

住　　　所：

団　体　名：

振込先金融機関：

支　店　名：

口 座 番 号： 普・当

 ：

※「施設」とは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院および指定地域密着型介護老人福祉施設に入所する者について当該施設職員が行う調査をいう。