

請 求 書 (記入例)

令和 年 月 日

(宛先) 小金井市長

※税込の金額をご記入ください

金 4,400 円

下記の要介護・要支援認定申請者の「要介護認定調査委託料」の費用として、上記の金額を請求します。

請 求 機 関	住 所	〒184-8504 東京都小金井市本町6-6-3
	名 称	小金井市役所 福祉保健部介護福祉課
	代表者	小金井 太郎

代理人選任届により請求委任を受けて請求する場合のみ押印してください。

要介護・要支援認定申請者

被保険者番号	被保険者氏名	被保険者番号	被保険者氏名
0000111111	小金井 花子		

※上記の表に記入できない場合は、別様とすること。

★在宅・施設区分の 留意事項	在宅	単価 4,000円 × 1 件	4,000 円
	施設	単価 2,300円 × 件	円
	小 計		4,000 円
	消費税・地方消費税		400 円
	合 計		4,400 円

下記の銀行口座に振り込んでください。

振込先金融機関	小金井	銀行	本町	支店
		信用金庫		
振込口座	預金種別	普通・当座	口座番号	1234567
	住所	東京都小金井市本町6-6-3		
	(口座名) フリガナ	コガネイシヤクシヨ フクシホケンブ カイゴフクシカ 小金井市役所 福祉保健部 介護福祉課		