請　求　書

年　　月　　日

守　山　市　長　あて

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

介護保険認定調査委託料について、下記指定口座に振り込まれるよう請求します。

　金　　　　　　　　円

（　　　　　円×　　件）

（調査対象者内訳）

|  |  |
| --- | --- |
| 調査日 | 対象者氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（振込先）

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| （ふりがな）  口座名義人 |  |
|  |
| 口座番号 |  |
| 預金種別 | 普通　・　当座　・　その他（　　　　） |