

令和4年9月1日

大竹市長 様

所在地

大竹市●●●丁目●●番●●号

請求者

法人名又は事業所名  
医療法人社団 ▲▲会 又は  
▲▲居宅介護支援事業所  
代表者名  
理事長 ■■ ■■ 又は  
管理者 ■■ ■■

(事業所名)

▼▼▼居宅介護支援事業所

医療法人社団  
▲▲会理事長の  
印又は▲▲居宅  
介護支援事業  
所管理者の印

大竹市介護保険住宅改修支援事業請求書

請求が法人名の場合は、事業所名を記入してください。

介護保険法に基づく住宅改修の理由書を作成したので、下記のとおり請求します。

記

請求額 ¥8,800 —

【内訳】

|       | 被保険者番号   | 被保険者氏名 | 手数料    | 備考 |
|-------|----------|--------|--------|----|
| 1     | 11111111 | ああ ああ  | ¥2,000 |    |
| 2     | 22222222 | いい いい  | ¥2,000 |    |
| 3     | 33333333 | うう うう  | ¥2,000 |    |
| 4     | 44444444 | ええ ええ  | ¥2,000 |    |
| 5     |          |        |        |    |
| 6     |          |        |        |    |
| 7     |          |        |        |    |
| 8     |          |        |        |    |
| 9     |          |        |        |    |
| 10    |          |        |        |    |
| 小 計   |          |        | ¥8,000 |    |
| 消 費 税 |          |        | ¥800   |    |
| 合 計   |          |        | ¥8,800 |    |

振込先

金融機関名

●●

銀行

支店名等

■■

支店

口座種別

普通

口座番号

1

2

3

4

5

6

7

(フリガナ)

イヨウホウジンシャダン ▲▲カイ リジチョウ ■■ ■■

口座名義人

医療法人社団 ▲▲会 理事長 ■■ ■■

選択してください。

選択してください。

選択してください。

|     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先 | 金融機関名  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 支店名等   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 口座種別   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 口座番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | (フリガナ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 口座名義人  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |