

記載例 認定調査委託料の請求及び受領等に関する届

令和 6 年 4 月 1 日

(宛先) 福岡市長

〒810-8620

(請書に同じ) 法人所在地 福岡市中央区大名2-5-31

請書と同様に記載・押印してください。

法人名称 医療法人 福岡会
 法人代表者 職名 理事長
 法人代表者 氏名 九州 一郎



1. 要介護認定調査委託料に基づき、下記事業所へ認定調査を依頼した委託料についての請求受領及び返納は下記の者に林都道府県から指定された番号を記載してください。
2. 支払を受ける口座番号をすべて下記の口座番号に記入してください。サービスの種類を○で囲んでください。

事業所番号	4 0 1 9 9 9 9 9 9 9	事業種別 (該当に○)	居宅介護支援事業者 2. 指定介護老人福祉施設 老人保健施設 4. 指定介護療養型医療施設 介護型介護老人福祉施設 6. 介護医療院 介護付有料老人ホーム 事務受託法人
フリガナ	フクオカシケアセンター		イリョウホウジン フクオカカイ
事業所名称	福岡市ケアセンター		医療法人 福岡会
請求者職名	管理者・施設長 その他() 理事長		請求者印
フリガナ	キュウシュウ イチロウ		
請求者氏名	九州 一郎		
事業所所在地	〒888-1111 福岡市中央区天神1-8		請求者の印を押印ください
			092-733-5452
			FAX 092-726-3328
振込先	0 1 2 3 博多	銀行 信託銀行 信用金庫 農協	口座番号(科目に○) 普通当座 9 9 9 9 9 9 9
支店名	0 1 2 天神	本店 支店	フリガナ イ) フクオカカイ リジチョウ キュウシュウ
届出理由(該当に○)	① 新規 2. 請求者の変更 3. 振込銀行及び口座の変更 4. その他()		口座名義 医療法人 福岡会 理事長 九州 一郎
			異動年月 6 年 4 月支払い分より

※注意※
 グレー色の塗りつぶし部分は請求書にご記入頂く際に必要な項目となりますので、3点(請求者職名・請求者氏名・請求者印)が一致している状態でご記入・押印をお願い致します。

※注意※
 請求印例の詳細は、次頁の注意事項をお読みください。

事業所の所在地、電話番号
 (法人の所在地等ではありません。)

通帳に記載されている名義を正確に記入してください。

※この届は、必ず「控え」をとっておいてください。
 ※要介護認定事務センターへ提出していただく請求書には、この届の「事業所名称、所在地、請求者職氏名、請求者印」を記入押印していただくことになります。