

# 記載例

## 要介護認定調査委託料の請求及び受領等に関する届

令和 8年 4月 1日

(宛先) 福岡市長

<p style="text-align: center;">(請書に同じ)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>請書と同様に記載してください。</p> </div>										<p>法人所在地 〒810-8620 福岡市中央区大名2-5-31</p> <p>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</p>							
<p>都道府県から指定された番号を記載してください。</p>										<p>サービスの種類を○で囲んでください。</p>							
指定事業所番号	4	0	1	9	9	9	9	9	9	9	事業種別 (該当に○)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 2. 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 4. 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5. 介護医療院 <input type="checkbox"/> 6. 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 7. 指定事務受託法人					
	フリガナ	フクオカシケアセンター															
事業所名	福岡市ケアセンター										<p>※注意※ 濃グレーの塗りつぶし部分は、 「要介護認定調査委託料請求書/調査実施完了届兼確認票」に記載 する事業所名等と必ず一致するようにしてください。 また年度途中に代表者名等が変更となる場合は再提出が必要です。!</p>						
代表者職名に○	その他( 管理者 )																
フリガナ	キュウシュウ イチロウ										法人名称	医療法人 福岡会					
代表者氏名	九州 一郎																
事業所所在地	〒888-1 福岡市										TEL (業所)	092-733-5452					
											FAX (業所)	092-726-3328					
振込先	0	1	2	3	博 多		銀 行	口座番号 (科目に○)	普 通 当 座	9	9	9	9	9	9	9	
	信託銀行	信用金庫	農 協	フリガナ	イ)フクオカカイ リジチョウ キュウシュウ イチロウ												
支店名	0	1	2	天 神		本 店	支 店	出 張 所	口座名義	医療法人 福岡会 理事長 九州 一郎							
											異動年月	8年 4月支払い分より					
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()										<p>通帳に記載されているとおりに 正確に記載してください。</p>						

※この届についてお問い合わせをする場合がありますので、契約期間中は写しを保管しておいてください。

※要介護認定調査委託料請求書・調査実施完了届兼確認書には、この届の「事業所名、代表者職名・氏名」をご記入ください。