

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

請書と同様に記載してください。

(請書に同じ)

〒810-8620
 法人所在地 福岡市中央区大名2-5-31
 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

都道府県から指定された番号を記載してください。

サービスの種類を○で囲んでください。

指定事業所番号	4 0 1 9 9 9 9 9 9	事業種別 (該当に○)	① 指定居宅介護支援事業者 2. 指定介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 地域密着型介護老人福祉施設 5. 介護医療院 6. 地域包括支援センター 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			
代表者 職名に○	その他(<u>管理者</u>) ※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。			
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	事業所の所在地、電話番号を記載してください。 (※法人の所在地等ではありません)		TEL 業所) 092-733-5452
	福岡市			FAX 業所) 092-726-3328

振込先	0 1 2 3	博 多	銀行	口座番号 (科目に○)	<u>普通</u>	9 9 9 9 9 9 9
			信託銀行 信用金庫 農 協		当座	
支店名	0 1 2	天 神	本店	フリガナ	イ)フクオカカイ リジチョウ	
			<u>支店</u>		キュウシュウ イチロウ	
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	8年 4月支払い分より	

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。

※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。