【記入例】

# 介護予防事業利用可否判断報告書 作成料請求書 兼 口座振替申込書

請求日　令和 8 年 4 月 1 日

新　潟　市　長

病院名　医療法人社団　〇〇内科医院

（〒　951-8550　）

住　所　新潟市中央区学校町通 1-602-1

代表者
肩書・氏名　理事長　新潟　一郎

電話番号　025-228-1000

| 令和 8 年 3 月分 | 請求件数 | 1 件 |
|---|---|---|

| 報告書作成日 | 対象者氏名 | 金　額 |
|---|---|---|
| R8.3.20 | 〇山　△子 | 9,427 円 |
| | | 円 |
| | | 円 |
| 請　求　金　額（　合　計　） | | 9,427 円 |

※介護予防事業利用可否判断報告書を添付ください。

介護予防事業利用可否判断報告書作成料金支払いについて、下記のとおり申込みます。なお、支払いの通知は通帳への記帳をもってかえることを承諾します。

（1）申込者と口座名義が同じ　　下記の口座へ振り替えてください。

（2）受領委任（申込者と口座名義が異なる）　　私は下記の者をもって代理人と定め、貴市に対し有する債権の受領に関する一切を委任します。

| 金融機関名 | ××× 銀行 | | | △△△ 支店 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 預金種目 | 1 普通　2 当座 | 口座番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| フリガナ | イリヨウホウジンシヤダン　〇〇ナイカイイン　リジチヨウ | | | | | | | | | |
| 口座名義 | 医療法人社団　〇〇内科医院　理事長　新潟　一郎 | | | | | | | | | |

※口座情報はお手数でも請求のたびに記入くださいますようお願いいたします。

【連絡先】新潟市福祉部地域包括ケア推進課　TEL(025)226-1281