

介護保険 主治医意見書作成料請求書（総括表）

令和 年 月 日

西条市長 様

請求医療機関等

住 所

名 称

代表者名

印

令和 年 月分 介護保険主治医意見書作成料を下記のとおり請求します。

請求金額 金 円也

内訳（請求明細は別紙）

区 分		単 価	件 数	合計金額
意見書料	在 宅	新 規	5,000円	件 円
		継 続	4,000円	件 円
	施 設	新 規	4,000円	件 円
		継 続	3,000円	件 円
小 計		①		円
消 費 税 額		①×消費税率		円
合 計			件	円

振込先金融機関

※初回、2回目以降にかかわらず、必ずご記入ください。

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所
種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 座名義人のフリガナ
口座番号		口座名義人