

# 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

発行責任者氏名

担当者氏名

担当者連絡先電話番号

※代表者、発行責任者及び担当者が同一の場合は電話番号のみご記入ください。

※発行責任者と担当者が同一の場合は、担当者氏名に「同上」とご記入ください。

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