**介護保険　主治医意見書作成料請求書**

令和　　　年　 　　月　　 　日

須賀川市長　 様

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　印

　須賀川市から依頼のありました介護保険要介護認定に係る主治医意見書の作成料について、下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月分請求額 |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

（※金額の前に“\”を記入する。）

内 訳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 実施件数 | 請求額 |
| 主治医意見書作成料　　　　　　A | 　件 |  |
| 診断・検査費用　　　　　　　　B | 件 |  |
| 消費税（A+B）×10％　 　　C |  | 　 |
| 合計　　　　　　　　　　　A+B+C |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | 銀行 |  | 本店 | 預金種目 | 口座番号 |
| 金庫 | 支店 |
| 組合 | 出張所 |
| 金融機関コード | 店舗コード | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |