

# 介護保険主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

(宛先) 富士見市長

所在地

医療機関名

代表者名

下記のとおり介護保険主治医意見書作成料を請求します。請求書が市に到達した月の翌月末日までに振り込んでください。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

※手書きの場合は必ず請求金額の前に「¥」をご記入ください。  
※請求金額は訂正できませんのでご注意ください。

振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号	フリガナ 口座名義人

## ◆内訳

番号	介護保険被保険者番号	被保険者氏名	回数	在宅・施設の別	金額(税抜き)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
小計					
消費税及び地方消費税(10%)					
合計					

## ◆種別単価表

	在宅(通院)	施設(入院・入所)
初回	5,000円	4,000円
二回目以上	4,000円	3,000円

※税抜き