

介護保険主治医意見書作成料請求書（総括票）

令和 年 月 日

佐伯市長 富高 国子 様

医療機関所在地

医療機関名

代表者氏名

印

介護保険主治医意見書作成料を以下のとおり請求いたします。

主治医意見書作成件数（請求明細書は別紙）

在宅（新規） 在宅（初度）	枚	1枚につき 5, 0 0 0円	円
施設（新規） 在宅（継続）	枚	1枚につき 4, 0 0 0円	円
施設（継続）	枚	1枚につき 3, 0 0 0円	円
計	枚		円
消費税 10 %			円
合 計 請 求 金 額			円

【振込先】

金 融 機 関 名	支 店 名	種目	口座番号							
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1 普通	フリガナ							
		2 当座	口座名義人							

【請求書記入上の留意点】

- 1 医療機関にはゴム印等あればそれでも結構ですが、法人の場合は、必ず代表者の氏名も記入し、印鑑は法人印又は代表者印を押印ください。
- 2 請求書は原則として意見書作成月の翌月 10 日までに佐伯市高齢者福祉課介護認定係までご送付ください。

【ご送付先】〒876－8585

大分県佐伯市中村南町1番1号

佐伯市役所 高齢者福祉課 介護認定係

電話（0972）22－3292

介護保険主治医意見書作成料請求明細書

（佐伯市用）

以下の者の意見書を作成・送付したので確認ください。

氏 名	被保険者番号	意見書作成依頼日	意見書送付日	在宅施設等の別 (該当する□にレ印)	市 確 認 欄
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	☐在宅新規・初度 ☐施設新規 ☐在宅継続 ☐施設継続 5,000円 4,000円 3,000円	
計	枚			計（消費税含まず） 円	