|  |
| --- |
| 都城市 |

様式１

介護保険

主治医意見書作成手数料請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 作成手数料単価 | 件数 | 計 （作成手数料×件数）（円） |
| 新規申請者 在宅 | ５，５００円 |  | （１） |
| 新規申請者 施設 | ４，４００円 |  | （２） |
| 継続申請者 在宅 | ４，４００円 |  | （３） |
| 継続申請者 施設 | ３，３００円 |  | （４） |
| 請求金額 （１）＋（２）＋（３）＋（４） |  |

作成手数料単価は消費税を含む

令和　　 年 　 月分の主治医意見書作成手数料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

都城市長 あて

〒

所 在 地

医療機関名

代 表 者名 　 　 代表者印

振込指定口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  銀行 支店・出張所 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 種別 | 普通 当座 |
| 口座名義人（カタカナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

主治医意見書作成対象者名簿

様式2

医療機関コード　 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　No 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 名前 | 対象者番号（被保険者番号） | 意見書記入日（その月の記入日の分をまとめて請求下さい） | 区分（○を記入） |
| 新規在宅 | 新規施設 | 継続在宅 | 継続施設 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |

医療機関名 　　　　　　　　　　　 令和 　 年 月分