

例

都城市

介護保険 主治医意見書作成手数料

太枠部分については訂正できません。
間違えた場合は、新しい請求書様式で、
再度作成してください。

	作成手数料単価	件数	計 (作成手数料×件数)
新規申請者 在宅	5,500円	1	5,500 (1)
新規申請者 施設	4,400円	1	4,400 (2)
継続申請者 在宅	4,400円	1	4,400 (3)
継続申請者 施設	3,300円	1	3,300 (4)
請求金額	(1) + (2) + (3) + (4)		17,600

作成手数料単価は消費税を含む

※ 意見書記入日の月を記入してください。

令和 〇〇年 〇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

※ この日付の欄は空白の
ままで提出をお願いします。

都城市長 あて

所在地 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇

医療機関名 医療法人〇〇会 〇〇病院

代表者名 理事長 〇〇 〇〇



代表者印

※ 医療機関名の記入については、
「法人名」と「医療機関名」の
両方を記入してください。

理事長請求の場合は「理事長」、
院長請求の場合は「院長」と記入
してください。裏面をご覧ください。




振込指定口座

押印は鮮明をお願いします。

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				

※記入事項を訂正される場合、代表者印と同じ印鑑での訂正印を押印してください。

正しい押印と記入

	印鑑	記入例
医療法人 理事長請求		〒□□□-□□□□ 宮崎県都城市〇〇町△-△ 医療法人 〇〇会 〇〇〇病院 理事長 都 太郎
医療法人 理事長請求		〒□□□-□□□□ 宮崎県都城市〇〇町△-△ 医療法人 〇〇会 〇〇〇病院 理事長 都城 太郎
個人病院 院長請求		〒□□□-□□□□ 宮崎県都城市〇〇町△-△ 〇〇〇クリニック 院長 城 太郎

※ 上記以外の場合や不明な点があればお問い合わせください。