

障害者総合支援法請求書

請 求 先	遠軽町長 佐々木 修 一 様
-------------	----------------

医 療 機 関	所在地 名称 代表者名	印
------------------	-------------------	---

請求金額 金 円 也

但し、平成 年 月分、障害者総合支援法・医師意見書作成料等として請求します。

請求内訳

区 分		意見書料		主治医検査料等	計
		施設	在宅		
受給者 番号		新・更	新・更		
氏 名		円	円	円	円
受給者 番号		新・更	新・更		
氏 名		円	円	円	円
受給者 番号		新・更	新・更		
氏 名		円	円	円	円
受給者 番号		新・更	新・更		
氏 名		円	円	円	円
消 費 税		円	円	円	円
計		円	円	円	円

※	区分	施設	在宅	主治医検査料等
	新規	4,000 円/件	5,000 円/件	別紙のとおり
	更新	3,000 円/件	4,000 円/件	

- * 件数が多い場合は別業とする。
- * 主治医意見書料等は左表の金額とする。(但し、消費税別途課税)
- * 振込先金融機関報告は、初回の請求及び変更時のみ要報告(2回目以降報告不要)
- * 本様式は遠軽地区3町専用とする。

※	金振 融込 機 関先	銀行・信用金庫 本店・支店 農業協同組合 本所・支所	口座名義
	普通・当座		