医師意見書

平成　　年　　月　　日

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 施設	意見書料 在宅	主治医検査料等	計
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
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葉とする。
＊　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。

※

振込金融機関先									口座名義
	銀行・信用金庫　　本店・支店 農業協同組合　　本所・支所								
	普通・当座								