

請 求 書

金 _____ 円也

内訳	在宅の方の意見書(新規)	件×5,000 円
	在宅の方の意見書(継続)	件×4,000 円
	施設入所者の意見書(新規)	件×4,000 円
	施設入所者の意見書(継続)	件×3,000 円
	上記消費税額	円

上記金額を、介護保険主治医意見書作成料として請求します。

年 月 日

(請求医療機関)

住 所

氏 名

印

(あて先)

湯梨浜町長 様

上記金額を、次の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合	本店 支店 出張所
預金種目	1 普通 2 当座預金 3 その他	
口座番号		
(フリガナ) 口座名義人		