

介護保険主治医意見書作成料請求書

(あて先)
戸 田 市 長
(健康長寿課取扱)

年 月 日

医療機関名
代表者職氏名
所 在 地
電 話 番 号

印

年 月 作成分							
区分	件数	単価	小計	合計	消費税	請求金額	
在宅	新規	件	×5,000円	円	円	円	円
	更新	件	×4,000円	円			
施設	新規	件	×4,000円	円			
	更新	件	×3,000円	円			

	介護保険被保険者番号										氏 名		在宅		施設		備考
													新規	更新	新規	更新	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
○ 印 計 →																	

※ 上記の欄はいずれかへ○印を付し、最下段には○印の合計数を記入してください。

《振込先》

金融機関名		支店名	支店
口座種別	普通預金 ・ 当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

《お願い》

- ※ 請求書は1月ごとにまとめて、当月作成分を翌月15日までにご提出ください。
- ※ 債権者（受取人）と振込先が異なる場合は、委任状が必要となりますので、担当までご連絡ください。
- ※ 意見書作成料の請求は、この用紙を使用してください。
- ※ 請求金額を訂正したものはお受け取りできません。新たに用紙を使用してください。
- ※ 請求印がスタンプ印による請求はお受け取りできません。

戸田市健康福祉部 健康長寿課 介護保険担当
〒335-8588 戸田市上戸田1-18-1 048(441)1800