

令和 年 月 日

請求書

鎌ヶ谷市長 様

医療機関名
住 所
代 表 者 名 印
電 話 番 号

令和 年 月分の介護保険主治医意見書作成料を下記のとおり請求します。

請求額 ⑤ 円

《記載者内訳》 ※ 訂正の際は訂正印を押印願います。ただし、請求額欄は訂正印による訂正も出来ません。

No.	申請者氏名	申請者住所	在宅新規	在宅継続	施設新規	施設継続
1						
2						
3						
4						
5						
6						
			①	②	③	④

《請求積算内訳》

	単価(消費税込)	件数	金額	備考
在宅新規	5,500	①		
在宅継続	4,400	②		
施設新規	4,400	③		
施設継続	3,300	④		
合計			⑤	

※2回目以降のご請求の場合、以下については省略して頂いて構いません。
新規ご請求・変更がある場合のみご記入ください。

《振込先口座》

銀行・金庫	支店
口座番号 普通・当座	
(フリガナ)	
口座名義人	

振込明細システム利用希望 ※	<input type="checkbox"/> する→メールアドレス(必須)【 _____ 】
	<input type="checkbox"/> しない

※振込明細システム…同日同一口座に複数の支払いがある場合、一括で振込となります。
メールアドレスを登録いただくとWEBで明細がご覧になれます。