介護保険　主治医意見書作成料請求書

令和　　　　年　　　月　　　日

大 月 市 長　様

【 　　　　　年　　　　月 分 】

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | ￥ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求医療機関 | 名　称 | 印 |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |

　当医療機関が行った、介護保険主治医意見書作成に係る手数料については、次のとおり振り込みをしてください。

振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 本・支店名 | 預金種別 | 口　座　番　号 |
|  |  | １.普通２.当座 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ口座名義 |  |
|  |

※市記入欄

|  |
| --- |
| 上記のとおり相違ないことを確認しました。 |
| 確認年月日 | 令和　 　年　 　月　 　日 |
| 確認者名 | 印 |