

北 広 島 町 長 様

住 所 (〒 -)

医 療 機 関 名

代 表 者 名 印

電 話 番 号 ()

介護保険主治医意見書作成料請求書

下記の者の主治医意見書作成料について次のとおり請求します。

					円
--	--	--	--	--	---

被保険者番号	0	0	0	0	0														
--------	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏 名	
-----	--

(内 訳) 費用区分の番号に○印をつけてください。

費用区分	単価 (税込)
1. 在宅・新規	5,500円
2. 施設・新規	4,400円
3. 在宅・継続	4,400円
4. 施設・継続	3,300円

《振込先》

金 融 機 関	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	店 舗	本店 支店
種 目	普通預金・当座預金・その他 ()		
口 座 番 号			
フリガナ			
口 座 名 義			