

記入例

捨印の押印にご協力ください。

介護保険主治医意見書作成手数料請求書

請求日は作成月の月末日以降の日付
(翌月以降の請求書作成は、日を遡らず、
請求書を発送する日)を記入してください。

〇〇年 10 月 31 日

太田市長 様

債権者登録番号	
金融機関名	
振込先口座	
本・支店	
預金種別	
口座番号	
口座名義	
カタカナで記入	

医療機関名 介護サービス医院

所在地 太田市浜町2-35

代表者職・氏名 院長 介護 太郎

口座情報等をご記入ください。
(債権者登録番号がご不明の場合は
記入不要です)

下記のとおり、10月分 介護保険主治医意見書作成手数料を請求します。(単位:円)

合計金額
(税込み)

作成日と同じ月を
記入してください。

¥

9

9

0

0

うち消費税額
900

合計金額欄の訂正はできません。
新たな請求書に書き直しをしてください。

No	作成日	住 所	被保険者氏名	区分	金 額
1	10 月 1 日	粕川町520	尾島 花子	a	5,000
2	10 月 10 日	新田金井町29	新田 一郎	b	4,000
3	月 日				
4	月 日				
5	月 日				
6	月 日				
7	月 日				
8	月 日				
9	月 日				
10	月 日				

作成日 = 記入日

①意見書区分 a 在宅新規 5,000 円
b 在宅更新 4,000 円
c 施設新規 4,000 円
d 施設更新 3,000 円

計

9,000

消 費 税

900

合 計

9,900

※※※ その他、注意事項が裏面にあります。ご参照ください。 ※※※

<記入誤りの訂正方法>

- 誤った箇所に重ねて二重線を引き、その上部に正しい内容を記入する。
- 訂正箇所に「代表者職・氏名」に押した印を押印する。

例) 尾島花子を誤って小島花子と記入したものを訂正する場合

尾
 島花子

<訂正できないもの>

- 修正液、修正テープ、砂消しゴムによる訂正は不可です。上記方法により訂正してください。
- 金額の訂正は不可です。誤った場合は新たな請求書に書き直してください。

<記入上の注意事項>

- 作成月が異なる請求は用紙を分けてください。
- 請求書に使う印は毎回同一の印を使用してください。
- 合計金額の左端には¥をつけてください。
- 「代表者職・氏名」に使用する印にインク浸透印(例: シャチハタ印等)は紫外線等により印影が消えてしまう恐れがあるため使用できません。

<お問い合わせ先>

太田市役所 介護サービス課 介護認定係 Tel0276-47-1938(直通)