請　求　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

北秋田市長　様

　介護保険主治医意見書作成手数料として次のとおり請求いたします。

（令和　　　年　　月分）

**請求金額　　　　　　　　　　　　円**

　　　　＜請求内訳＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 件　数 | 単　価 | 金　 額 |
| 在宅（新規） |  | 5,000 | 　 |
| 在宅（継続） |  | 4,000 | 　 |
| 施設（新規） |  | 4,000 |  |
| 施設（継続） |  | 3,000 |  |
| 小　　計 |  |  |  |
| 消　　　　費　　　　税 |  |
| 合　　計　　金　　額 |  |

　　　　　　　　　　請求者：所在地

　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　振込先金融機関・支店名：

　　　　　　　　　　　　　　口座番号：　普・当

　　　　　　　　　　　　　　：

※「施設」とは、介護保険施設のみならず、社会福祉施設及び医療施設の入院・入所機能を有するものを含みます。