

# 介護保険主治医意見書作成料請求書

	中間市
	年 月 分
保険者番号	4 0 2 1 5 6

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 0 0
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和 / 年 月 日
性別	1. 男 2. 女	

請 求 者	介護保険事業所番号	
	事業所名称	印
	開設者氏名	印
	所在地	〒 —
	電話番号	

作成依頼日	令和 年 月 日
-------	----------

意見書作成日	令和 年 月 日
意見書送付日	令和 年 月 日

意見書作成料	種 別	1. 在宅 2. 施設	1. 新規 2. 継続	※ 金 額	円
		( 該当するものを○で囲むこと )			( ※ 税抜きの金額を記入 )

※ 主治医意見書作成料は、在宅又は施設に分類した上で、作成が新規又は継続かによって、以下の金額を請求して下さい。

	在 宅	施 設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

※ 請 求 額	意見書作成料	円
	消費 税	円
	合計金額	円

※ 県外事業所の方へ  
金額及び請求額の訂正(二重線で見え消し・訂正印など)はお支払いができませんので、  
再度新しい申請書に記載してください。

## 振 込 先

※ 所在地が、福岡県外の事業所のみ記入してください。

金融機関名	銀 行 ・ 労 働 金 庫 ・ 信 用 金 庫 ・ 農 協												
本支店名	本 店	支 店 ・ 出 張 所											
預金種別	1. 普 通						2. 当 座						
口座番号	( 7 ケ タ )												
口座名義人 (カタカナ)													

## 保 険 者 受 付


お問い合わせ先 中間市役所介護保険課

給付係 093-246-6283