記入

令和　　年　　月　　日

十和田市長　様

債権者登録をしている
住所・名称(法人名、医療機関名等)・代表者(理事長名、院長名等)を記載してください。

所在地

名　称

代表者　　印

代表者印(理事長印、個人印等)を鮮明に押印してください。印がつぶれて読めない場合は再提出となります。

請求額の合計を記載してください。

請　　求　　書

金　　円也

ただし、 令和　　年　　月分　介護保険主治医意見書作成料として

作成年月を記載してください。
依頼月や提出月ではなく、作成月ごとで請求をしてください。

内　　訳

種別ごとの**件数**を記載してください。

種別ごとの**合計金額**を記載してください。

種別ごとの**消費税額**を記載してください。

意見書料

									うち消費税額	
5000円	×		件	×	1.1	＝		円	(	円)
4000円	×		件	×	1.1	＝		円	(	円)
3000円	×		件	×	1.1	＝		円	(	円)

診断・検査費用　　円

診断・検査費用の請求があれば記載してください。