

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

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。

印

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、作成月ごとに請求をしてください。

内 訳

意見書料

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。

						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。