

主治医意見書作成手数料請求書

(あて先) 高崎市長

金 額		億	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

上記金額の支払いを請求します。

〒 -

住 所

フリガナ 法人名 (医療機関名)	
代表者名	代表者 印
電話番号	

振 込 み 先	
金融機関名	
支店名	支店
種 別	普通 ・ 当座
番 号	
口座名義 (カタカナで)	

内訳

請求日 令和 年 月 日

NO	氏 名	生年月日	住 所	新規・継続	在宅・施設	金 額	作成年月日
1		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
2		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
3		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
4		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
5		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
6		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
7		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
8		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
9		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
10		M T S ・ ・		新・継	在・施		・ ・
合 計							

新規/在宅	新規/施設	継続/在宅	継続/施設
5,500円	4,400円	4,400円	3,300円

検収

※消費税(10%)込みの金額です。

注
1 金額は訂正しないでください。
2 金額の前に¥の字を記入してください。