

請求書（兼 口座振替依頼書）

平成 年 月 日

三木町長 殿

住 所
名 称
電 話
代表者

印

金 _____ 円

障害者総合支援法の医師意見書作成料について、下記指定口座に振り込まれるよう請求します。

振込先金融機関名	
口座名義人（ふりがな）	
口 座 番 号	
預 金 の 種 類	
備 考	

（注）債権者登録票が未提出の場合は、別紙の債権者登録票と一緒に提出してください。

医師意見書作成料請求書

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

市町村名		市町村番号					
------	--	-------	--	--	--	--	--

申請者	申請者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	

請求医療機関	医療機関コード	
	医療機関名称	
	所在地	

作成依頼日	平成 年 月 日	依頼番号		市町村確認	※
意見書作成日	平成 年 月 日	意見書送付日	平成 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
--------	----	-----------	-----------	----	--	--	--	--	--	---

	内訳		点数				摘要					
診断・検査費用	診断											
	検査	胸部単純X線撮影										
		血液一般検査										
		血液化学検査										
		尿中一般物質定性半定量検査										
合計											円	

※の欄は記入しないでください

◎太枠は必ず記入してください。

請求書	意見書作成料					円
	診断・検査費用					円
	消費税					円
	合計					円

医師意見書作成料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	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

主治医がなく主訴もない者が障害支援区分認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき精算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

- ・胸部単純X線撮影
- ・血液一般検査
- ・血液化学検査
- ・尿中一般物質定性半定量検査

債権者登録票(新規 ・ 変更)

平成 年 月 日

三木町長 殿

債権者名

印

下記のとおり登録を依頼します。

なお、三木町が指定口座に振込をおこなった時は、その債権が弁済されたものとします。

また、記載内容に変更が生じた場合は、速やかに変更届けを提出します。

住	郵便番号	-				都道府県名	
	市区町村名						
所	地区・丁目・番地						
	方書						
名 称	フリガナ						
	法人名又は個人名						
	代表者名						
連絡	電話番号						

振込 指定 口座	金融機関名		銀行 組合 金庫		支店 出張所
	預金種別	1. 普通座 2. 当座	口座番号		
	口座名義人 (カタカナ)				

【注意点】

- * 登録は新規・変更のどちらかに○をしてください。
- * 債権者名欄には個人印又は法人印等を押印してください。
- * 変更の場合は、朱書きで変更箇所のみ記入してください。
- * 指定口座については、金融機関の証明を受けるか、もしくは、預金通帳の写し(表紙及びカナ名義が記載されたページ)を添付してください。

金融 機関 確認	平成	年	月	日
				印

《三木町役場記入欄》

債権者番号						
担当課室局						
担当者						
出納室処理日	年	月	日			

* 変更の場合は番号を記入してください。