

請 求 書

あて先 日野市長

合 計 請 求 金 額 _____ 円

内訳	在 宅 新 規	5,500 円	(5,000 × 1.10)	×	人
	在 宅 継 続	4,400 円	(4,000 × 1.10)	×	人
	施 設 新 規	4,400 円	(4,000 × 1.10)	×	人
	施 設 継 続	3,300 円	(3,000 × 1.10)	×	人

介護保険制度主治医意見書作成料として、上記金額を請求いたします。

令和 年 月 日

下記に指定する口座に振り込んでください。

振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀 行 信用組合 信用金庫 農 協		支 店	
	金融機関 コード		支 店 コード		
	口座番号			預 金 種 別 (☐ で囲む)	1. 普通 4. 貯蓄 2. 当座 9.
	フリガナ				
	口座名義人				

請 求 者 所在地

医療機関名

代表者職・氏名



令和 年 月 日 検収しました
介護保険課