

請求書（兼 口座振替依頼書）

記入例

令和 年 月 日

福島市長 様

所在地 〒 ○○○-△△△△

福島市◆◆◆◆

医療機関名 **(医) 福祉病院**

代表者名 **理事長 福祉 太郎**

事務担当者名 **福祉 花子**

電話番号 ○○○-△△△-◆◆◆◆

代表者名、事務担当者名、電話番号の記載があれば代表者印の押印を省略できます。

金 16,500 円

請求件数内訳

在宅・新規	3 件	在宅・継続	件
施設・新規	件	施設・継続	件

障害者総合支援法における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。

(口座振替依頼書)

金融機関名	東北	①銀行 金庫 組合	福島	本店	金融機関コード					
				支店・支所 出張所						
預金種別	①普通	2当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	イ) フクシビョウイン リジチョウ フクシタロウ									
口座名義	(医) 福祉病院 理事長 福祉 太郎									

障害者総合支援法 医師意見書作成料内訳書

記入例

作成依頼書に記載されている番号です。

申請者	受給者番号 (申請者番号)	9 9 9 9 9				
	(フリガナ) 氏名	フクシマ イチロウ 福島 一郎				
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	性	1. 男 2. 女		
		3 3 年 3 月 3 日				

請求医療機関	事業所 名称	(医) 福祉病院
	所在地	〒960-0000 福島市〇〇町〇〇番〇号 電話番号 525-〇〇〇〇

作成依頼日	令和 元 年 9 月 1 日
意見書作成日	令和 元 年 9 月 1 0 日

意見書 送付日	令和 元 年 9 月 1 1 日
------------	------------------

消費税及び地方消費税を含めないで記入してください。

意見書作成料	種別	①. 在宅 2. 施設	①. 新規 2. 継続	金額	¥	5	0	0	0	円
--------	----	-------------	-------------	----	---	---	---	---	---	---

診断・検査を行ったときのみ使用します。

診断・検査費用	内訳	点数	摘要
	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			点数合計×10円

診断・検査をしなかった場合は空白です。

請求書	意見書作成料	5	0	0	0	円
	診断・検査費用					円
	消費税及び地方消費税		5	0	0	円
	合計	5	5	0	0	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

※消費税及び地方消費税は外税となる。

◎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

※この内訳書は1か月分をまとめ、翌月10日までに請求書と併せて福島市へ提出してください。