

# 介護保険 主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

鳴沢村長 様

[ 年 月分 ] ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

請求金額						円
------	--	--	--	--	--	---

請求医療機関名	コード																			
	名称	印																		
	所在地																			

当医療機関が行った、介護保険主治医意見書作成に係る手数料については、次のとおり振り込みをしてください。

## 振込口座

金融機関名				本・支店名				預金種別	口座番号										
金融機関コード				本・支店コード									1. 普通	2. 当座					

口座名義人	住所																		
	フリガナ																		
	氏名																		