障

障害支援区分認定等に係る医師意見書作成手数料請求書

（あて先）　　令和　　年　　月　　日

小田原市長

所　在　地

名　　称

代　表　者　　印

（職・氏名）

※名称及び代表者は、債権者登録先又は下記の振込名義と同一

医師意見書作成手数料を次のとおり請求します。

請求金額　　円　（消費税及び地方消費税を含む）

整理番号	氏　　名	提出月日	医師意見書作成手数料			
			在宅		施設	
			新規申請	継続申請	新規申請	継続申請
			（5,500円）	（4,400円）	（4,400円）	（3,300円）
1			円	円	円	円
2			円	円	円	円
3			円	円	円	円
4			円	円	円	円
5			円	円	円	円
6			円	円	円	円
7			円	円	円	円
8			円	円	円	円
9			円	円	円	円
10			円	円	円	円
合　　計	円	小計	円	円	円	円
			（　件）	（　件）	（　件）	（　件）

※債権者登録をしている場合は、債権者コードのみ記入してください。　債権者コード

※債権者登録をしていない場合は、振込先を記入してください。

振込先	金融機関名	預金種目	口座番号
	銀行/信用金庫　組合　農業協同組合　＿＿＿＿　本店　支店　出張所	1 普通 2 当座	
	口座名義（通帳の名義を必ずカタカナで記入してください）		

※各医療機関にて控え（コピーなど）をお取りいただきますよう、お願いします。