＜記入例＞

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）
小田原市長

日付は空欄のままにしてください

令和　　年　　月　　日

所　在　地
名　　称
代　表　者
（職・氏名）

債権者登録をしていない場合、
必ず代表者印を押印してください

印

※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　9,900　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	小田原　太郎	4/10	5,500　円	円	円	円
2	北条　梅子	4/30	円	4,400　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	9,900　円	小計	5,500　円	4,400　円	円	円
			（　1 件　）	（　1 件　）	（　件　）	（　件　）

「月日」ですので、「年」は不要です

※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
	小田原　(銀行)/信用金庫/組合/農業協同組合　荻窪　本店/(支店)/出張所	(1 普通)/2 当座	1 2 3 4 5 6 7
	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） オダワラビヨウイン　リジチヨウ　オダワライチロウ		

名称・代表者名と一致

※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。