年　　月　　日

（あて先）　　　区長

医療機関の所在地　

名称

医療機関の長　　 　　　　　　　　　　　　　印

主治医意見書文書料請求書

合計請求金額　　　　　　　　　　　円（消費税を含む）

ただし、介護保険要介護・要支援認定に係る主治医意見書文書料として

内訳は別紙．主治医意見書文書作成料支払明細一覧のとおり

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先（預金口座名義のとおり記入してください） | |
| 銀行名 | 銀行　　　　　　　　　　　店 |
| 預金種別 | 普通　・　当座　（○で囲んで下さい） |
| 口座番号 |  |
| 口座名義（カタカナ） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 委任欄 | 下記の者に受領に関する権限を委任します。  所在地  名称  職氏名 |