

障害者総合支援法 医師意見書作成料請求書

令和 年 月 日

乙訓福祉施設事務組合 管理者 様

医療機関
所在地

名 称

印

請求金額 円 (消費税込)

申請者氏名		生年月日	最終診察日
フリガナ		年 月 日	年 月 日
内訳	摘要 (○で囲む)		金額
種別(※1)	在宅 ・ 施設	新規 ・ 継続	
診断費用	初診料・その他 ()		
検査費用 (※2)	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・その他 ()		
※2 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(上記のものに限る)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。			小 計
			消費税
			合 計

*振込指定口座は、請求が初めての場合又は口座に変更がある場合のみご記入下さい。

振込先金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義
		普・当		フリガナ

(※1) 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。(消費税別)

新規申請者	在宅	施設	継続申請者	在宅	施設
	5,000円	4,000円		4,000円	3,000円