

障害者総合支援法 意見書作成料請求書

下記のとおり請求いたします。

令和 6年1月10日

長岡市長様

住所 長岡市〇〇町〇-〇-〇

商号又は名称 医療法人社団 支援クリニック

代表者

役職・氏名 院長 支援 二郎

債権者登録内容が以下の場合
 債権者番号 0123456789
 債権者名 医療法人社団
 支援クリニック
 所在地 長岡市〇〇町〇-〇-〇
 代表者名 院長 支援二郎

※請求書の代表者氏名の押印は不要です。ただし、押印のない場合、請求書の訂正はできませんので、再度作成してください。

債権者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

請求金額		¥	1	3	4	7	5	円
------	--	---	---	---	---	---	---	---

意見書作成月	内 訳	数 量	単 価	金 額							
1月分	意見書作成料	新規申請・在宅	1件	5,000円				5	0	0	0
		新規申請・施設	件	4,000円							
		継続申請・在宅	件	4,000円							
		継続申請・施設	件	3,000円							
診断・検査費用	診 断	270点					2	7	0	0	
	胸部単純X線撮影	点									
	血液一般検査	170点					1	7	0	0	
	血液化学検査	285点					2	8	5	0	
	尿中一般物質定性・半定量検査	点									
消費税及び地方消費税							1	2	2	5	

長岡市記入欄（記入しないでください。）												
支出命令番号								請求書受理年月日及び受理者印		検収、確認年月日及び確認者印		
							—	
									印			印