記入例

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　元年１０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

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
１０月分	意見書作成料	新規申請・在宅	１件	５，０００円	5００円
		新規申請・施設	件	４，０００円	
		継続申請・施設	件	４，０００円	
		継続申請・施設	件	３，０００円	
	診断・検査費用	診　　断	270 点		~~2700~~ 2750
		胸部単純Ｘ線撮影	点		
		血液一般検査	170 点		1700
		血液化学検査	285 点		2850
		尿中一般物質定性・半定量検査	点		
	消費税及び地方消費税				1２５

訂正印は請求書の氏名欄に押印したものと同一の印を使用してください。

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
							―				・　・　㊞	・　・　㊞