

請求書

金額	円
----	---

____月分 主治医意見書記入手数料として

在宅・新規	5,500円×	件
在宅・継続	4,400円×	件
施設・新規	4,400円×	件
施設・継続	3,300円×	件
	合計	件

上記金額を請求します。

令和 ____年 ____月 ____日

勝山市長 殿

〒

住 所 _____

医療機関名 _____

代表者名 _____

振込金融 機 関 名 (支店名)		口座 名義 (カナ)		種 類	当 ・ 普
				口座 番号	

発行責任者及び担当者

・発行責任者 請求者と同じ

・担当者 請求者と同じ 請求者と異なる (氏名

電話番号

)

