医師意見書作成料内訳書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 番　　号 |  |  | 請求医療機関 | 医療機関名称 |  |
| フリガナ |  | 所在地 | 〒　　　－ |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | 　　　　（　　　） |

※の欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成依頼日 | 年　　月　　日 | 枝番号 |  | 市町村確認 | ※ |
| 意見書作成日 | 　　　年　　　月　　　日 | 意見書送付日 | 　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 意見書作成料 | 種別 | １.在宅 ２.施設 | １.新規 ２.継続 | 金額 |  |  |  |  |  | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診察・検査費用 | 内訳 | 点数 | 摘要 |
| 診察（初診料） |  |  |  |  |  |
| 検査 | 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 |  |  |  |  |  |
| 胸部単純X線撮影 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ◎太枠は必ず記入してください。 | 請求書 | 意見書作成料 |  |  |  |  |  | 円 |
| 診察・検査費用 |  |  |  |  |  | 円 |
| **消費税** |  |  |  |  |  | 円 |
| 合計 |  |  |  |  |  | 円 |

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。

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

主治医がなく主訴もない者が障害支援区分認定申請を行った場合、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（以下のものに限る。）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。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

・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

請求書(兼口座振替依頼書)

　　　　年　　　　月　　　　日

（あて先）　橋本市長

　　請求者

　　　住所

　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

金　　　　　　　　　円

障害者総合支援法の医師意見書作成料について、下記指定口座に振り込まれるよう請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行　　　　信用金庫信用組合　　農業協同組合 |
| 支店又は支所名 |  | 支　店支　所出張所 |
| 口座種別 | 普通　　　当座貯蓄　　　別段その他 | 口座番号 |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 口座名義人 |  |

問い合せ先：橋本市健康福祉部福祉課障がい福祉係　0736-33-3708（直通）