請求書（兼　口座振替依頼書）

令和　　年　　月　　日

高鍋町長　黒木　敏之　殿

住　　所

団体及び  
代表者名

金 円（内税　　　　　円）

但し、障害者総合支援法の医師意見書作成料として、下記の指定口座に振り込まれるよう請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関・支店名 |  |
| 口座名義（カタカナ） |  |
| 口　座　番　号 |  |
| 口　座　種　類 |  |
| 備　　　　　考 |  |

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 |

※消費税等は(別紙3：作成料内訳書)記載のとおり。  
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（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