

記載例

請求（見積）書

検査検収日
担当者

課名	障がい福祉課
----	--------

裏面の合計金額と同額を記載

※ 太線の中にご記入ください。

金額				十億			百万			千	円
										¥	5 5 0 0

右記の約定事項を承知し、内訳の価格及び条件をもって注文に応じ履行しますので検査検収済の上は代金を支払願います。

高知市長 様

● 年 ● 月 ● 日

住所

高知市本町5丁目1-45

氏名

医療法人●●会 理事長 坂本 花子

印

※ 債権者登録している口座へ支払う場合は、押印の省略ができます。

- 納期限を経過した場合は、過期1日につき表記見積金額の千分の一を違約金として代金と相殺せられ、又は契約を解除せられるも何ら異議ないこと。
- 高知市の関係規則等の規定はもちろん遵守すること。
- 別に定めのあるものを除き、適法な請求書を受領した日から、工事代金については40日、その他の代金については30日以内に支払うこと。

委任関係	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 請求委任
<input type="checkbox"/> 受領委任	<input type="checkbox"/> 請求受領委任
<input type="checkbox"/> 受取人変更	

履行（納入）場所

障がい福祉課

債権者登録をしている口座への支払いの場合は押印不要

支払方法 （□にレ点を入れてください）	<input type="checkbox"/> 債権者登録番号払 （□ 工事前金払）	債権者登録番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/> 口座払	振込先	銀行・信金 農協 信組・労金									
	※ 債権者登録番号を記載していた場合、振込先の記載は不要です。	種目	・普通預金 ・当座預金 ・	口座番号								
<input type="checkbox"/> その他	納付書払 ・ 窓口払 ・ （ ）	口座振替申出書	(フリガナ)									
		口座名義										

いずれかにチェックのうえ
必要事項を記載

両面印刷をして請求をお願いします

内 品 名		数量	単位	単価
障害者総合支援法 医師意見書作成手数料	高知 太郎	様分		裏面のとおり
対象者の氏名を記載		以下余白		
合 計				

障害者総合支援法 医師意見書作成料内訳書

医師意見書作成料は、在宅・施設別、新規・継続別に以下の金額となります。

該当欄に●をご記入ください。

		在宅	施設
新規	●	5,000円	4,000円
継続		4,000円	3,000円

該当する区分に●を記入

- ・入院中の方の作成料は施設扱いとなります。
- ・施設入所者でも施設の嘱託医でない医療機関での作成料は在宅扱いとなります。
- ・新規とは、前回(基本的に3年前)貴院において医師意見書作成をおこなったことがない場合となります。

※主治医がなく主訴もない者の医師意見書作成を行った場合

初診料及び意見書を記載するのに必要な検査(以下の検査に限る)については、以下により請求することができます。

・初診料2,910円

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】(費用は令和6年度診療報酬単価に準拠)

- ・末梢血液一般検査(血液採取(静脈)400円, 末梢血液一般検査210円, 血液学的検査判断料1,250円)
- ・血液化学検査(血液化学検査(10項目以上)1,030円, 生化学的検査(Ⅰ)判断料1,440円)
- ・尿検査(尿中一般物質定性半定量検査260円)
- ・胸部X線検査(単純撮影(アナログの場合600円, デジタルの場合680円), 写真診断(胸部)850円, フィルム(大角)115円)

両面印刷をして請求をお願いします

内訳		金額(円)				摘要
医師意見書作成料		5	0	0	0	
診察・検査費用	初診料					
	検査	末梢血液一般検査				
		血液化学検査				
		尿検査				
		胸部X線検査				
消費税			5	0	0	
合計		¥	5	5	0	0

表面の金額欄へ同額を記載