

医師意見書作成手数料請求書 兼 口座振替依頼書

令和 年 月 日

(あて先) 桐生市長

捨て印
 住 所
 医療機関名
 代表者名 印

下記のとおり、 月分・障害者自立支援給付医師意見書作成手数料を請求いたします。

No.	作成日	住 所	氏 名	区 分	金 額
1	月 日				
2	月 日				
3	月 日				
4	月 日				
5	月 日				
6	月 日				
7	月 日				
8	月 日				
9	月 日				
10	月 日				
計					
消費税					
合 計					

※区分欄は手数料区分による番号を記入してください

- 1 在宅新規 (5,000円)
- 2 在宅更新 (4,000円)
- 3 施設新規 (4,000円)
- 4 施設更新 (3,000円)

注) 消費税については、内訳書と重複しないように個別金額欄には税抜きの金額をご記入下さい。

振替金融機関	銀行	支店
預金の種別	普通	当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

*必ず、ご記入ください。記入のない場合は、支払いができませんので、ご注意ください。

障害者自立支援給付医師意見書 作成手数料内訳書

令和	年	月	作成分
----	---	---	-----

申請者	受診者番号 (申請者番号)										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 昭和 2. 平成					性別	1. 男 2. 女			
	年	月	日								
請求医療機関	医療機関 コード										
	医療機関 名称										
	所在地										

作成依頼日	令和	年	月	日	依頼 番号					市町村 確認	※
意見書作成日	令和	年	月	日	意見書 送付日	令和	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
--------	----	-------------	-------------	----	---

診断・ 検査費用	内 訳		点 数	摘 要	
	診断				
検査	胸部単純X線撮影				
	血液一般検査				
	血液化学検査				
合 計				合計金額 (合計点数×10円)	円

◎太枠は必ず記入してください。

意見書作成料	円
診断・検査費用	円
合計	円

(税抜でご記入ください)

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	① 5,000円	③ 4,000円
継続申請者	② 4,000円	④ 3,000円

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

医師意見書作成手数料請求書 兼 口座振替依頼書

記載例

令和 年 月 日

(あて先) 桐生市長



住 所 桐生市織姫町1-1

医療機関名 医療法人〇〇会●●病院

代表者名 理事長 〇〇 〇〇



下記のとおり、4 月分・障害者自立支援給付医師意見書作成手数料を請求いたします。

No.	作成日	住 所	氏 名	区 分	金 額
1	4 月 1 日	桐生市織姫町1-×	織姫 花子	1	7,880
2	4 月 30 日	桐生市織姫町1-△	桐生 太郎	2	4,000
3	月 日				
4	月 日				
5	月 日				
6	月 日				
7	月 日				
8	月 日				
9	月 日				
10	月 日				
計					11,880
消費税					1,188
合 計					13,068

※区分欄は手数料区分による番号を記入してください

- 1 在宅新規 (5,000円)
- 2 在宅更新 (4,000円)
- 3 施設新規 (4,000円)
- 4 施設更新 (3,000円)

注) 消費税については、内訳書と重複しないように個別金額欄には税抜きの金額をご記入下さい。

振替金融機関	桐生信用 金庫 本店営業部
預金の種別	普通 当座
口座番号	1234567
フリガナ	リョウキョウジン〇〇カイ●●ビョウイン リジチョウ 〇〇 〇〇
口座名義	医療法人〇〇会●●病院 理事長 〇〇 〇〇

*必ず、ご記入ください。記入のない場合は、支払いができませんので、ご注意ください。

障害者自立支援給付医師意見書 作成手数料内訳書

記載例

令和 ○ 年 4 月作成分

申請者	受診者番号 (申請者番号)						
	(フリガナ)	オリヒメ ハナコ					
	氏名	織姫 花子					
	生年月日	1. 昭和	2. 平成	性別	1. 男	2. 女	
	1	年	1	月	1	日	
請求医療機関	医療機関 コード						
	医療機関 名称	医療法人○○会 ●●病院					
	所在地	桐生市織姫町1-1					

作成依頼日	令和	年	月	日	依頼 番号			市 町村 確認	※			
意見書作成日	令和	○	年	4	月	1	日	意見書 送付日	令和	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	5,000 円
--------	----	------	-------	------	-------	----	---------

診断・ 検査費用	内 訳	点 数	摘 要	
	診断		288	
検査	胸部単純X線撮影			
	血液一般検査			
	血液化学検査			
	合 計	288	合計金額 (合計点数×10円)	2,880 円

◎太枠は必ず記入してください。

意見書作成料	5,000 円
診断・検査費用	2,880 円
合計	7,880 円

(税抜でご記入ください)

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	① 5,000円	③ 4,000円
継続申請者	② 4,000円	④ 3,000円

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