

請 求 書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

医療機関コード	
---------	--

所在地
医療機関名
代表者氏名

印

令和 年 月分在宅ねたきり高齢者等介護手当診断書料を下記のとおり請求します。

記

請求金額 円

1 請求内訳

単 価 (A)	件 数 (B)	請求金額 [(A) × (B)]
1, 100円	件	円

上記件数〔件数 (B)〕の該当者を記入してください。

該 当 者 氏 名				

2 振込先

金融機関の名称	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
銀行 信用金庫 農協 ()	口座番号	
	(フリガナ)	
	支店 支所 口座名義人	

- ・振込先については、初回請求分及び振込先変更の場合のみ記入してください。
- ・毎月、月末で集計し、翌月の10日までに健康長寿課へ送付してください。

この用紙は、倉敷市連合医師会加入の医療機関であることを確認の上、診断いただく前にお渡してください。
(倉敷市連合医師会加入以外の医療機関の場合は、診断書料は自己負担となります。)

各医療機関 様

倉敷市健康長寿課長

倉敷市ねたきり高齢者等介護手当等診断書料の請求について

倉敷市の保健福祉行政につきまして、いつも大変お世話になっております。

このことにつきまして、介護手当診断書の診断書料は、倉敷市が支払いますので、次のとおり取り扱いいただきますようお願いいたします。

介護手当申請者から受け取った書類

診断書 → 添付の白い封筒に入れ、本人へ渡す

請求書 → 市役所（健康長寿課）へ送付する

医療機関から市役所（健康長寿課）への請求漏れ防止のため、ご協力よろしくお願いたします。

※この請求は、公益社団法人倉敷市連合医師会との覚書締結によるものです。

〒710-8565

倉敷市西中新田640番地

健康長寿課

TEL 426-3315