主治医意見書料請求書

（申請者氏名）

請求金額	￥				

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様の意見書料を上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

（宛先）旭川市長

住　　所
法　人　名
医療機関名
（職）氏　名　　印

請　求　内　訳（〇印をつけてください。）

在　　宅			施　　設		
	新　規	５,５００円		新　規	４,４００円
	継　続	４,４００円		継　続	３,３００円

振　込　先

金融機関名		銀　行 信　金 農　協 （　　）	支店名	本　店 支　店 （　　）
口座番号	普 当		口座名義 （カタカナ）	

＊　請求金額欄は訂正できませんので誤記に十分注意して記入してください。
＊　その他の訂正は、請求者印と同じ印鑑で訂正印を押印してください。
＊　請求者印は鮮明に押印してください。
＊　請求者印について、原則として次のようにさせていただいております。
　〇医療法人社団・医療法人・社会医療法人　等　→「理事長印」もしくは「法人印＋個人印」
　　※理事長以外（院長等）が請求する場合、委任状が必要となります。
　〇個人病院（法人格を有しない）　→　個人印