記　入　例

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
医師意見書作成料請求書（兼　口座振替依頼書）

令和４年２月１６日

別紙「医師意見書作成料内訳書」にある「意見書送付日」と同一日を記入してください。

尼崎市長

所在地

氏　名

法人の場合、住所・社名・代表者職・氏名を記入の上、**法人代表者印**(例:〇〇法人△△会理事長印等)を押印してください。
押印の省略も可能です。

金額の誤記入の場合、**訂正印は無効です**のでご注意ください（再度、新しい用紙をお使いください）。

金　　　　　　　　円

誤記入による訂正の場合は、氏名横に押印していただき（押印の省略はせず）、必ず**同じ印鑑**を訂正印として使用してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
て、
下記指定口座に振り込まれるよう請求します。

振込先金融機関コード 名　称		支店コード 名　称	
預金種別		口座番号	
フ　リ　ガ　ナ			
口　座　名　義　人			
備　　　　考			

記　入　例

障害者の日常生活及び社会生…律　医師意見書作成料内訳書

申請者		
受給者番号（申請者番号）	2820299999（4189999）
（フリガナ）	アマガサキ　ハナコ
氏　名	尼崎　花子
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日

請求医療機関	
事業所名称	〇〇医院
所在地	〒〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇町～～

別紙「**医師意見書」記入日と同一日**を記入してください。

「意見書送付日」は、別紙「医師意見書作成料請求書」に記入する請求日付と同一日を記入してください。
（意見書送付日≧意見書作成日）

意見書作成日	令和 0 4 年 0 2 月 1 5 日	意見書送付日	令和 0 4 年 0 2 月 1 6 日	市町村確認

※の欄は記入しないでください。

該当する方に〇をつけてください。

別	1 在宅　2 施設	1 新規　2 継続	金額（税込）	円

該当する方に〇をつけ、※１の表を参考に金額（税込）を記入ください。

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		
		尿中一般物質定性・半定量検査		
		合　　計		点

意見書作成にあたり診断・検査が必要な場合のみ、ご記入いただく欄です。***不要のときは、記入の必要はありません***（下欄を参照してください）。

各項目ごとに金額をご記入ください。
（例）在宅の新規申請者の意見書作成料のみであれば5,000円（意見書作成料）＋500円（消費税）＝5,500円（合計）となります。

請求書		
	意見書作成料	円
	診断・検査費用	円
	消費税	円
	合計	円

※1　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＋消費税	4，000円＋消費税
継続申請者	4，000円＋消費税	3，000円＋消費税

【消費税10%】
5，０００＋５００＝5，５００円
4，０００＋４００＝4，４００円
3，０００＋３００＝3，３００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・半定量検査の具体的な範囲
血液採取（静脈）・末梢血液一般検査・血液学的検査判断料・血液化学検査（10項目以上）・生化学的検査(I)判断料・尿中一般物質定性半定量検査・単純撮影・写真診断（胸部）・フィルム（大角）