介護保険　主治医意見書作成明細書

令和　　年　　月分　　No.

請求機関	名　　称	所　　在　　地
		〒

被保険者番号 氏　　名	生年月日 性別	作成依頼日 意見書作成日 意見書送付日	種別		金　額	※南種子町確認欄
5 0 2 0 0	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	
	明治・大正・昭和 年　月　日 男　・　女	年　月　日 年　月　日 年　月　日	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	円	

（注）※印欄には記入しないでください。

※　主治医意見書作成料は，在宅・施設別，新規・継続（更新）申請別に以下の金額とする。

種別	在　宅	施　設
新規申請者	５，０００円	４，０００円
継続申請者	４，０００円	３，０００円