

年 月 日

三原市長様
(高齢者福祉課)

医療機関
コード

医療機関名

所在地

インボイス登録番号

介護保険主治医意見書作成連絡票

(年 月分)

番号	氏名	住所	在宅	施設	金額 (税抜・円)	消費税 (円)
			新規・継続	新規・継続		
			新規・継続	新規・継続		
			新規・継続	新規・継続		
			新規・継続	新規・継続		
			新規・継続	新規・継続		
			新規・継続	新規・継続		
			新規・継続	新規・継続		
			新規・継続	新規・継続		
			新規・継続	新規・継続		
合 計						
請 求 額						