

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						