

V 医師意見書作成料等の請求について

医師意見書作成料等は、医師意見書とともに所定の様式を記載・提出していただき、事務局がすべての書類を受理したのちに、指定口座に振り込みます。請求・支払事務手続き円滑化のため、記載にあたっては記載要領に基づいた記載のご協力をお願いします。

1. 提出書類及び提出方法

「障害支援区分・医師意見書作成料等請求明細書（兼 口座振替依頼書）」を、必ず **医師意見書とともに** 提出してください。

なお、様式データ（Excel形式）は北九州市公式ホームページからダウンロードできます（3頁参照）。必要な場合はご利用ください。

2. 提出書類の記載に際しての留意事項

障害支援区分・医師意見書作成料等請求明細書（兼 口座振替依頼書）

北九州市長 様

申請者	受給番号 (フリガナ)		事業所名称	
	氏名		請求医療機関等 代表者氏名	② ㊟
	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和	〒	所在地
	入所施設名	①	電話番号	
	記載医師について 1. 嘱託医や協力医等（施設関係の医師） 2. 当該施設とは関係がない医師		※代表者氏名欄には代表者印（シャチハタ印は不可）を必ず押印してください	
	作成依頼日	令和 年 月 日	意見書送付日	令和 年 月 日
	意見書作成日	令和 年 月 日		
③	意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設	(1) 新規 (2) 継続 金額 (a) 円

①申請者 「入所施設名」

申請者が入所している社会福祉施設、医療施設の名称を記載してください。その場合は、医師意見書の記載医師と当該施設との関係について、いずれかの番号に○印を記載してください。なお、在宅者の場合は記載不要です。

②請求医療機関等 「代表者氏名」

必ず事業所の代表者印（シャチハタ印は不可）を押印してください。

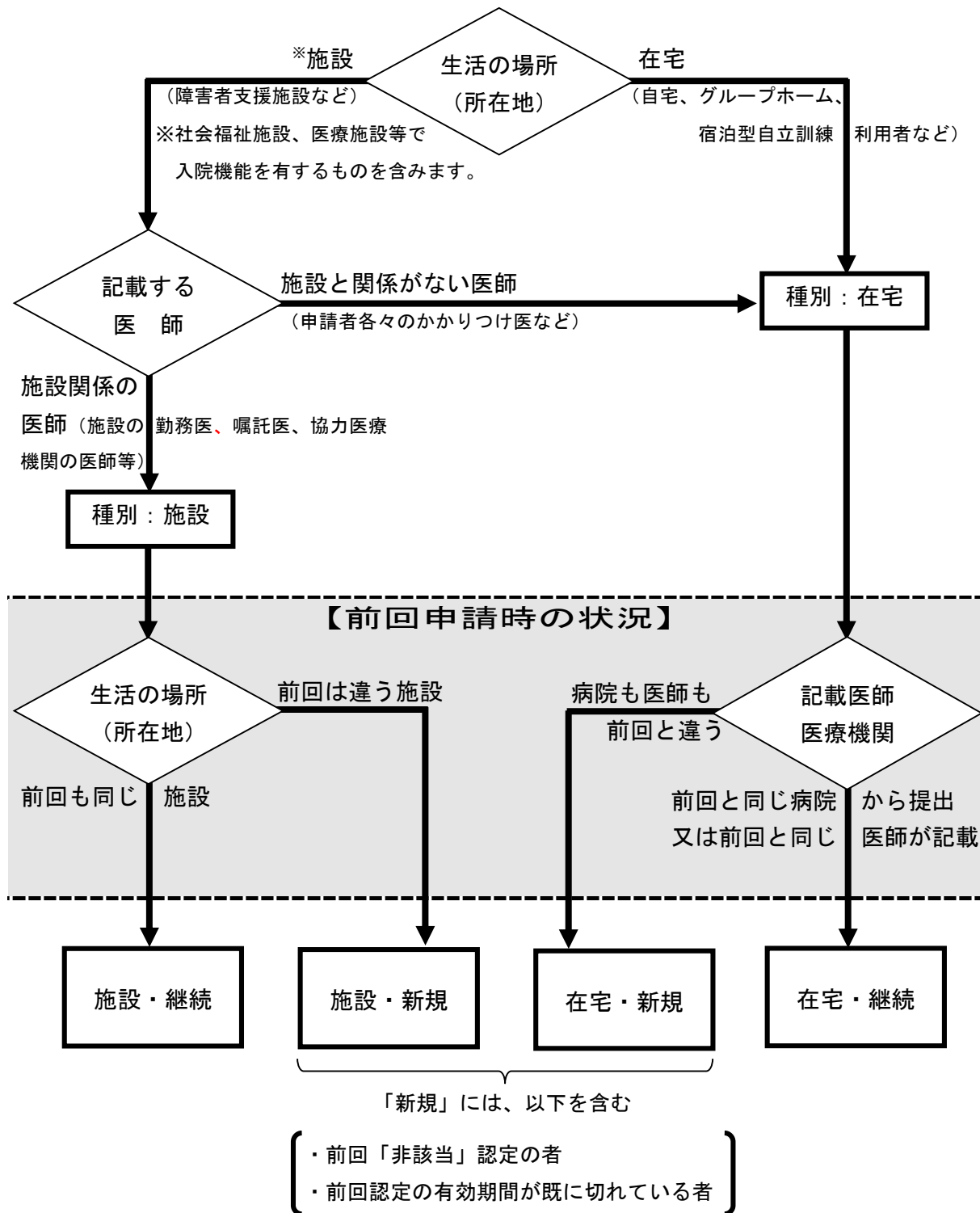
③意見書作成料

種別は「障害支援区分・医師意見書の提出について（お願い）」に記載していますので、確認して**記載日時点**でいずれか該当する方に○印をつけてください。

種別の記載がない場合は、35頁の図：請求種別の判断の原則に沿って○印をつけ、「金額（a）」には該当する金額を記載してください。

なお、ご不明な点がございましたら北九州市障害支援区分認定審査会事務局へお問い合わせください。

図) 請求種別の判断の原則



	1. 在宅	2. 施設
(1) 新規	5,000円	4,000円
(2) 継続	4,000円	3,000円

3. 医師意見書を記載する際に必要となった診察・検査費用

当該診察・検査は、症状が安定していて医療は必要とせず、主訴等もなく、主治医がいない者が障害支援区分認定を申請し、記載医師の判断によって、例外的に医師意見書を記載する為に必要な診察・検査（下表内の項目に限る）を行った場合に限ります。従って申請者が診察を希望する場合、あるいは医療が必要な場合は、障害者総合支援法での診察・検査費用の請求はできませんのでご注意ください。

但し、主治医がいる場合でも前回診察との間隔が長期間である等、状態を把握できない場合で、特に主訴や異和がなく、医師が検査を要すると判断した場合には、その医師の判断に応じて行った検査等の費用を下記の限度額内で、請求することができます。

項 目		費用（円）	
基本的な診察	初診料（診療所）相当額	2, 9 1 0	
	初診料（病 院）相当額	2, 9 1 0	
基本的な検査	胸部エックス線検査	単純撮影（アナログ撮影）	6 0 0
		単純撮影（デジタル撮影）	6 8 0
		写真診断（胸部）	8 5 0
		フィルム（大角）	1 1 5
	血液採取（静脈）	4 0 0	
	末梢血液一般検査	2 1 0	
	血液学的検査判断料	1, 2 5 0	
	血液化学検査（10項目以上）	1, 0 3 0	
	生化学的検査（I）判断料	1, 4 4 0	
	尿中一般物質定性半定量検査	2 6 0	

（費用は令和6年度診療報酬単価に準拠）※診療報酬改定があった場合は、改定額で請求してください。

memo