

令和 年 月分 公害調剤報酬請求書(薬局用)

区 分	件 数	金 額
請 求 額		円
※決 定 額		円

上記のとおり請求する。

令和 年 月 日

薬局コード

公害医療機関 所在地
名 称

開設者の氏名又は名称

印

電話番号

葛飾区長あて