

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

墨田区長 様

注意 ※印の欄は記入しないこと。