

調剤年月をご記入ください。（請求年月ではありませんのでご注意ください）

令和 2 年 4 月分 公害調剤報酬請求書（薬局用）

区分	件数	金額
請求額	5	50,000 円
※決定額	決定額の記入は不要です	

上記のとおり請求する。

令和 2 年 5 月 3 日

薬局コード 13.07.1234.5

公害医療機関 所在地 東京都墨田区吾妻橋1-23-20
名称 すみだ調剤薬局

開設者の氏名又は名称 墨田 太郎

墨田区長様

押印を求める手続の見直し等のための環境省関係省令の一部を改正する省令が施行されたことに伴い、**押印不要**となりました。

注意 ※印の欄は記入しないこと。