

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

Ⓔ

吹 田 市 長 あて

注意 \* 印の欄は記入しないこと。