|  |
| --- |
| 　　　　年　　　　月分　　　　　　　公害調剤報酬請求書（薬局用） |
|  | 区　分 | 件　数 | 金　額 |  |
| 請求額 |  | 件 |  | 円 |
| ※決定額 |  | 件 |  | 円 |
| 上記のとおり請求する。 |
| 年　　　　月　　　　日 |
|  | 薬局コード |  |  |
| 所在地 |  |
| 方書 |  |
| 公害医療機関名称 |  |
| （電話） |  |
| 開設者の氏名又は名称 |  |
| （宛先）大田区長 |  |

様式第3号

注意　※印の欄は、記入しないこと。

切り取らないでください

審　査　録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 審査月・収受番号 | 審査委員 |
| 意見 |