

令和 年 月分 公害調剤報酬請求書（薬局用）

様式
第三号

区 分	件 数	金 額
請 求 額		円
※ 増 減 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

品川区長 宛

※印の欄は、記入しないこと。