「薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業」

別紙

請求送付票

　　　　　　　　　月分

請求金額：　　　　　　　　　円(領収書合計)

報告書をメールした日：　　　　　月　　　日

上記金額の請求書並びに領収書の写しをお送りします。

薬 局 名

電話番号

薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業請求様式

別紙

請求金額：　　　　　　　　　円

本請求金額に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管しています。

令和　　年　　月　　日

薬局名：

代表者氏名：