

--	--	--	--	--

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

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

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

印

神戸市長 様

※

区 分	件 数	金 額
増 減 額		
過 誤 調 整 額		
返 戻 額		
支 払 額		