

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

上記のとおり請求します。

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

東 大 阪 市 長 様

注意 *印の欄は、記入しないこと。