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。

栃木県薬剤師会会長　様

令和　　　年　　　月　　　日

薬　局　名：

代表者氏名：

振込口座

　　　　　　　　　　　　　銀行名

　　　　　　　　　　　　　支(本)店名

　　　　　　　　　　　　　普通・当座

　　　　　　　　　　　　　口座番号

　口座名義人

　 　　　　　　　　　　　　(ﾌﾘｶﾞﾅ)