

特定呼吸器疾病患者医療費支払請求書（薬局用）		
令和    年    月分		
区 分	件 数	金 額
請 求 額	件	円
※ 審 査 済 額	件	円
※ 決 定 額	件	円
※ 過 誤 調 整 額	件	円

上記のとおり請求する。

令和    年    月    日

医療機関	{	所在地	
		名 称	
		開設者氏名	

名古屋市長 殿

※の欄には記入しないでください。