

令和 年 月分 公害調剤報酬請求書 (薬局用)

様式第三号

区 分	件 数	金 額
請 求 額	件	円
※ 決 定 額		

上記のとおり請求する。

令和 年 月 日

医療機関コード

4							
---	--	--	--	--	--	--	--

公害医療機関 (所在地  
名称)

開設者の氏名又は名称

(あて先)  
名古屋市長

(注) ※印の欄には記入しないこと。  
医療機関コードも必ず記入すること。